

Зміст

<i>Ю.В. Вороненко, В.М. Гурін, О.П. Мінцер</i> ПРО НЕОБХІДНІСТЬ СТВОРЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ “ІНТЕРМЕДВУЗ”	5
<i>О.Б. Кобзар</i> ДИДАКТИЧНА РОЛЬ ПРОБЛЕМНОГО НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ	10
<i>І.Р. Мисула, В.В. Файфура</i> САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ТА ЇЇ ВДОСКОНАЛЕННЯ	14
<i>О.В. Павленко, Т.М. Волосовець</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПОКРАЩАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ- СТОМАТОЛОГІВ	17
<i>В.П. Черних, І.А. Зупанець, О.Г. Соколова, В.А. Георгіяни, О.І. Павлій, В.С. Власов</i> РОЗВИТОК ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В НФАУ ЯК ПЕРСПЕКТИВНОЇ ФОРМИ ОСВІТИ	21
<i>Я.С. Лезвинський</i> ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ВИКЛАДАННЯ ТРАВМАТОЛОГІЇ І ОРТОПЕДІЇ ..	25
<i>А.І. Гоженко</i> БІОЕТИКА ТА МЕТОДОЛОГІЯ ВИКЛАДАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ	27
<i>Є.М. Нейко, І.Ю. Головач</i> ТЕХНОЛОГІЇ МУЛЬТИМЕДІА: НОВИЙ ПІДХІД ДО ЛЕКЦІЙНИХ КУРСІВ	30
<i>О.Й. Бакалюк, С.І. Сміян, В.В. Дем'яненко, Н.В. Грималюк, О.М. Масик</i> ПИТАННЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ І ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	33
<i>Г.Б. Матейко, Б.М. Дикий, Т.О. Нікіфорова, О.Я. Пришляк</i> ШЛЯХИ ПОКРАЩАННЯ ПІДГОТОВКИ СУБОРДИНАТОРІВ НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ	39
<i>Р.Ю. Чигур</i> ВПЛИВ НАВКОЛИШНЬОГО ПРИРОДНОГО СЕРЕДОВИЩА НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ У 1970-1990-Х РОКАХ	42
<i>В.С. Бітенський, В.А. Пахмурний, М.Л. Міловідова, М.Б. Коробіцина, О.А. Гоженко, Г.Б. Тхоржевська</i> СТУДЕНТСЬКИЙ НАУКОВИЙ ГУРТОК І ВИКЛАДАННЯ ПСИХІАТРІЇ	46

<i>М.І. Бобак</i> ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИКА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ.....	49
<i>В.І. Півторак</i> ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ І ПРОБЛЕМА ГУМАНІЗМУ БІОЛОГІЧНИХ ТА МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРИМЕНТІВ.....	51
<i>В.З. Ухач</i> УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРІ В НАЦІОНАЛЬНО-ВИЗВОЛЬНИХ ЗМАГАННЯХ 40-50 РР. (ДО ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІЗАТОРІВ МЕРЕЖІ ВИШКОЛІВ ПІДПІЛЬНОГО УКРАЇНСЬКОГО ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА (УЧХ) В УПА)	55
<i>В.Д. Стефанюк, Ю.О. Поспішіль, І.В. Тихоненко</i> ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ, ЯКІ КОНТАКТУЮТЬ ІЗ СПОЛУКАМИ ХРОМУ	58
<i>С.В. Білоус</i> ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	62

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

УДК 61(061)+002.6

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ СТВОРЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ “ІНТЕРМЕДВУЗ”

Ю.В. Вороненко, В.М. Гирін, О.П. Мінцер

*Міністерство охорони здоров'я України,
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

ABOUT THE NECESSITY OF FOUNDATION OF INFORMATIONAL SYSTEM “INTERMEDVUZ”

Yu.V. Voronenko, V.M. Hyrin, O.P. Mincer

*Ministry of Public Health of Ukraine,
Kyiv Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk*

У статті запропоновано проект інформаційної системи “Інтермедвуз”.

The article offers the project of informational system “Intermedvuz”

Метою цього проекту є розробка та впровадження міжвузівської комп'ютерної мережі “Інтермедвуз” (латинське найменування системи – InterMedVu) для координації післядипломної освіти лікарів та провізорів, забезпечення викладачів та лікарів України довідковою інформацією, проведення в майбутньому їх дистанційного навчання та атестації.

Проект мережі охоплює три вищих навчальних заклади (ВНЗ) (Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (КМАПО), Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО), Запорізький інститут удосконалення лікарів (ЗДІУЛ) та дев'ять факультетів удосконалення лікарів (ФУЛів) (Дніпропетровська державна медична академія, Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького, Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського, Одеський державний медичний університет, Луганський державний медичний університет, Українська державна медична стоматологічна академія, Кримський державний медичний університет ім. С.І. Гергівського).

Центральний вузол управління системою має за мету розмістити у Київській медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Зазначена мережева версія буде забезпечувати на території навчального закладу автоматизацію процесів управління. У системі InterMedVu (IMV) будуть розподілені ролі учасників та визначені права їх доступу до баз даних.

Адміністрування системою буде здійснюватись централізовано. Сервер баз даних буде встановлено у КМАПО.

Основною відмінністю системи IMV від локальної версії є дистанційний доступ через мережу Інтернет до будь-якої інформації.

Впровадження системи IMV в регіональних центрах буде відбуватись послідовно, тому система має процес реплікації баз даних за напрямом із центру до регіонів.

У цьому проекті як інструментальна була обрана система Lotus Notes, яка й визначила архітектуру клієнт-серверної частини.

Зовнішня архітектура системи відображена на рис. 1.

Апаратне забезпечення

Сервери, що розташовані на території КМАПО, а також у регіональних центрах, повинні мати такі характеристики:

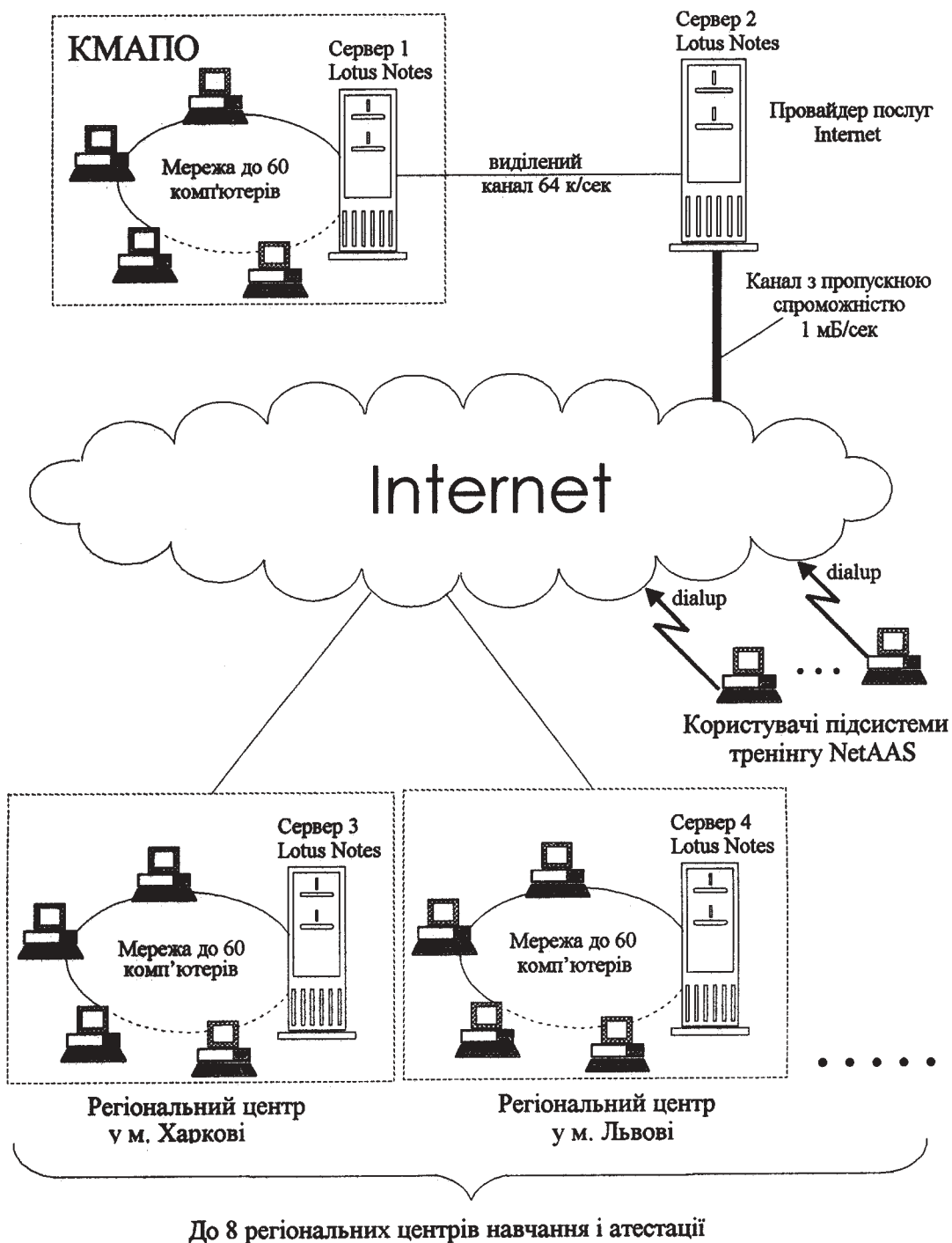


Рис. 1. Зовнішня архітектура системи ІМВ.

- процесор – Intel Pentium III не нижче 700 МГц;
- ОЗП – 512 МГб;
- жорсткі диски – 20 ГГб, SCSI інтерфейс;
- мережеві карти – 100 Мбіт.

Робочі станції користувачів, що розташовані в локальній мережі навчальних закладів, повинні мати такі характеристики:

- процесор – Intel Pentium II не нижче 500 МГц;
- ОЗП – не менше ніж 32 МГб;

- жорсткі диски – не менше ніж 8 ГГб;
- спроможність монітора – не менше ніж 800x600 крапок у режимі SVGA, відеопам'ять – не менше ніж 4 МГб;
- мережева карта – 100 Мбіт.

Програмне забезпечення.

На сервері КМАПО, а також на серверах у регіональних центрах, повинна бути встановлена мережева операційна система Windows NT (5 SP) або

Windows 2000 (Server), а також сервери Lotus Domino і Lotus Notes. Крім того, на цих серверах повинна бути проінстальована система дистанційного навчання Learning Space 3.0.

На робочих станціях ФуЛів повинна бути проінстальована операційна система Windows 98 або Windows 2000 (Workstation), а також клієнтська частина системи Lotus Notes. Web-клієнти повинні мати броузер Microsoft Explorer не нижче 4 версії або відповідну версію Netscape Navigator.

Більшість завдань, що вирішуються у післядипломній освіті, дуже близькі до завдань, що вирішуються в додипломній фазі навчання. Тому при розгляді технології обробки даних ми будемо говорити про загальносистемні підходи, підкреслюючи особливості післядипломної фази.

Технологія обробки даних. Структура системи “Інтермедвуз”.

Система “Інтермедвуз” може забезпечувати обробку інформації з вищих медичних навчальних закладів України всіх рівнів акредитації.

Інформаційні потоки розподіляються на три рівні:

1. Внутрішньокорпоративний (інформаційні потоки всередині навчальних закладів).

2. Міжкорпоративний (інформаційні потоки між навчальними закладами).

3. Центральний (державний).

Типи роботи системи “Інтермедвуз” – інформаційно-довідкова, інформаційно-аналітична.

Основні споживачі інформації: апарат керівництва, адміністратори, викладачі, студенти, абітурієнти, інформаційні брокери тощо.

1. Внутрішньокорпоративний рівень.

На цьому рівні здійснюється обробка інформації, що надходить з одинадцяти баз даних (табл. 1).

2. Міжкорпоративний рівень.

А. Додипломна і дипломна фази навчання.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (м. Київ) збирає інформацію з профільних навчальних закладів Центрального і Північно-східного регіонів (медичні училища і ВНЗ); Дніпропетровська державна медична академія (м. Дніпропетровськ) збирає інформацію з профільних навчальних закладів Південно-західного регіону (медичні училища і ВНЗ).

Б. Післядипломна фаза навчання.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ) отримує та аналізує інформацію з ХМАПО, ЗДІУЛ та факультетів удосконалення лікарів.

Обробка інформації у післядипломній фазі має свої суттєві ознаки. Насамперед, необхідно забезпечити *безперервне* навчання. Для цього з боку навчальних закладів необхідно надати лікарям повну інформацію про можливі цикли тематичного навчання, інформаційні цикли, цикли спеціалізації, що проводять ВНЗ та ФуЛі. Лікарі повинні мати свободу вибору навчання з питань, що їх цікавлять, враховуючи рейтинг кафедр, які проводять дані курси. З іншого боку, забезпечення планомірного навантаження навчальних циклів потребує інформаційного доступу до баз даних про лікарів України, що мають МОЗ України чи обласні управління охорони здоров'я.

Враховуючи особливості навчання спеціалістів, будь-яка інформація про успіхи курсантів у навчанні в базах даних криптографується. У той же час забезпечується моніторинг навчального рівня лікарів та провізорів.

Таблиця 1. Перелік об'єднаних баз даних

№ за/п	Найменування бази даних	Інформаційне наповнення	Мета створення	Примітки
1	2	3	4	5
1	Нормативна	Накази, розпорядження, звіти, інформаційні повідомлення тощо	Забезпечення обміну і контролю виконання документів	
2	Професорсько-викладацький склад	Особисті справи викладачів: 1) які працюють у теперішній час, у т.ч. за сумісництвом; 2) викладачі резерву (які проходять підготовку); які тимчасово не працюють викладачами	Оптимальний розподіл і використання викладацьких ресурсів	
3	Інтерни (навчальних закладів усіх рівнів акредитації), слухачі, курсанти	Особисті і навчальні справи інтернів і курсантів (успішність навчання, профорієнтація, участь в науково-дослідній і суспільній праці тощо)	Наступність навчальних дій, введення елементів	Для системи дипломного навчання: студенти

№ за/п	Найменування бази даних	Інформаційне наповнення	Мета створення	Примітки
1	2	3	4	5
			індивідуального навчання, корекція навчального процесу тощо	
4	Кафедри	Склад кафедр, виконання навчального плану, педнавантаження викладачів, рейтинги викладачів, наповненість циклів, наукова робота тощо	Оптимізація навчального процесу	
5	Навчальні ресурси	Підручники, навчально-методичні посібники, друковані лекції, можливість реалізації дистанційної освіти тощо	Управління навчальним процесом, створення модульних навчальних циклів, кредитної системи навчання	
6	Наукова робота	Наукові дослідження, їх результати, розробки, що впроваджуються	Пошук і підтримка перспективних проєктів	
7	Клінічні бази	Фахова лікувально-профілактична робота, рейтинги лікувально-профілактичних закладів тощо	Оптимальне використання високопрофесійних лікарських ресурсів	
8	Міжсекторна та міжнародна діяльність	Зв'язки з національними та закордонними навчальними, науковими та іншими центрами, фірмами, колективами. Виконання домовленостей	Підвищення ефективності міжсекторальної та міжнародної кооперації	
9	Лікарі та провізори України (за територіальним розподілом)	Особисті справи лікарів та провізорів (переважно наслідки їх професійної діяльності та терміни підвищення кваліфікації): 1) працюють у теперішній час; 2) тимчасово не працюючих викладачами	Підвищення ефективності системи післядипломного навчання; реалізація принципів "зворотного зв'язку"	Переважно для післядипломної освіти
10	Матеріально-технічна база	Використання приладів та засобів (особливо коштовних) у навчальній, науковій та лікувальній роботі; дотримання норм безпеки тощо; використання енергоресурсів	Підвищення коефіцієнта корисної дії від використання ресурсів матеріально-технічної бази	
11	Планово-фінансова діяльність та бухгалтерський облік	Моніторинг фінансових потоків, використання фінансових ресурсів тощо	Підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, "прозорість" витрат	

3. Центральний рівень.
Аналіз інформації стосовно державних цілей забезпечення Міністерством охорони здоров'я і

Міністерством освіти та науки України.
Можлива схема інформаційних потоків проілюстрована на рис. 2,3.

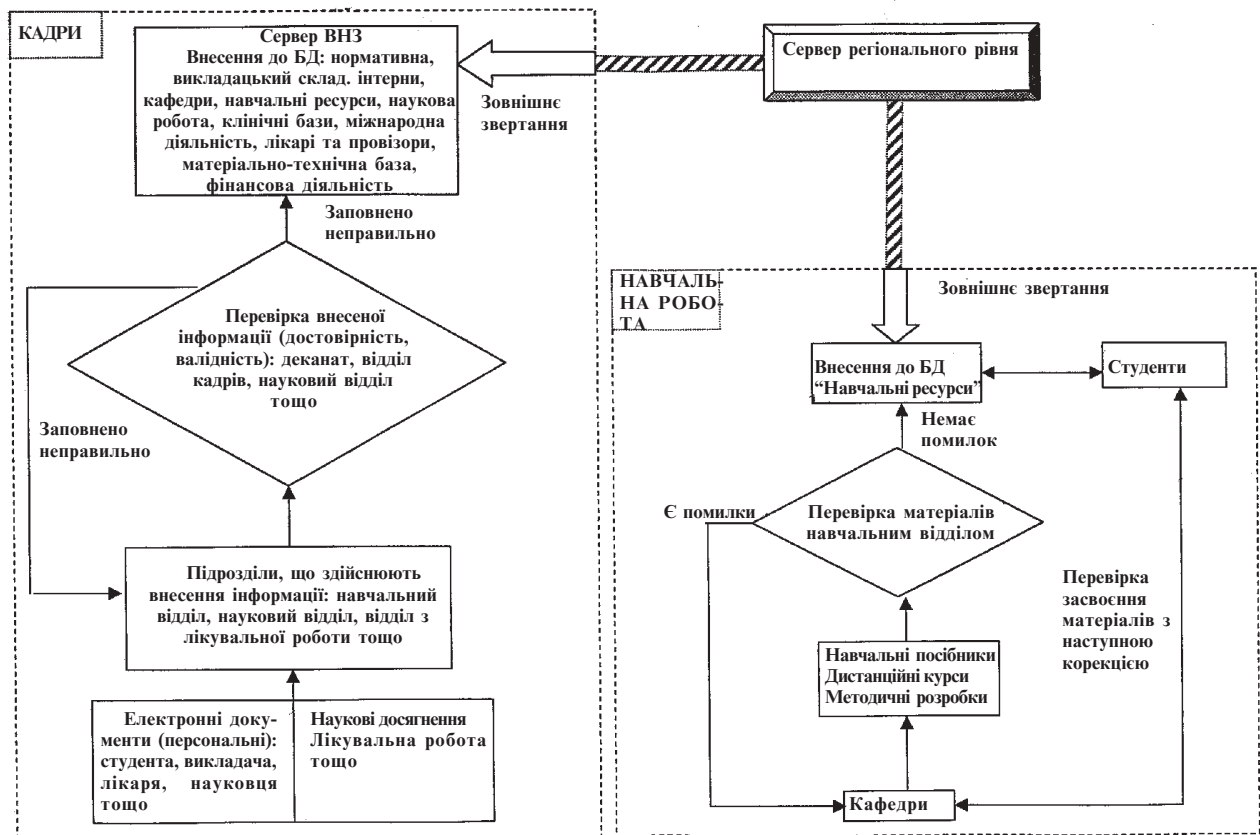


Рис. 2. Функціонування інформаційної системи у вищих навчальних закладах.

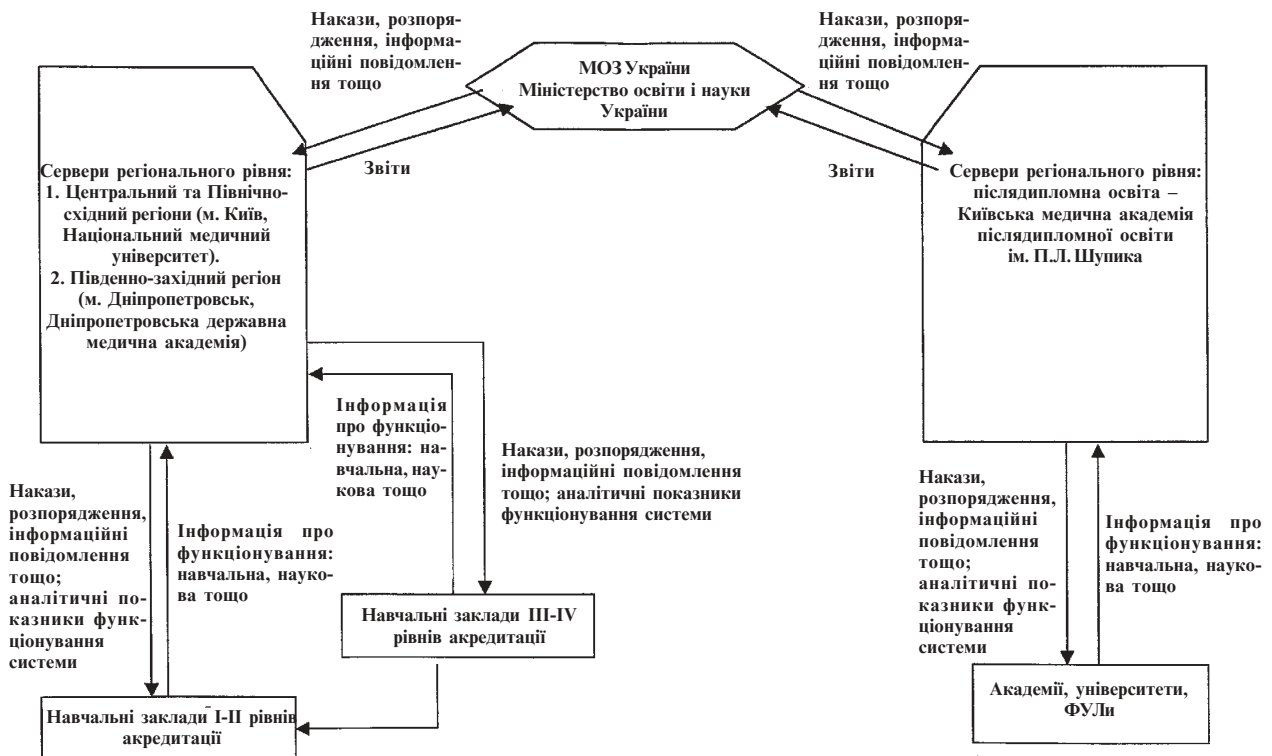


Рис. 3. Інформаційні взаємодії центрального та міжкорпоративного серверів.

УДК 378.147:378.661

ДИДАКТИЧНА РОЛЬ ПРОБЛЕМНОГО НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ

О.Б. Кобзар

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

DIDACTIC ROLE OF PROBLEMATIC EDUCATION IN DOCTORS' TRAINING

O.B. Kobzar

National Medical University by O.O. Bohomolets

У статті наведені результати експериментального дослідження дидактичних умов подання проблемного матеріалу, впливу проблемного навчання на ефективність занять у вищій медичній школі порівняно з інформаційно-репродуктивними формами і методами.

This article includes the results of experimental research of didactic conditions of problematic studying, influence of this kind of study on efficacy of classes at higher medical schools as compared with information-reproductive forms and methods.

Вступ. Аналіз досліджень показав, що принципи й етапи проблемного навчання [1, 2, 3, 4], способи загострення проблемних ситуацій [5] і розвитку пізнавальної діяльності студентів методами проблемного навчання освіти [6, 7] залишаються темою дидактичних досліджень. Разом із тим, навчальний процес вищої медичної школи потребує уточнення дидактичних умов створення проблемних ситуацій, вивчення структурних особливостей форм проблемного навчання, об'єктивної оцінки можливостей способів проблемного навчання у підвищенні ефективності занять у вищій медичній школі.

Основна частина. Порівняльний аналіз способів проблемного й інформаційно-репродуктивного навчання, проведений у 1995-2001 рр. в Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця, визначив рівні проблемності залежно від характеру діяльності викладача і студента впродовж всієї послідовності вирішення проблемної ситуації – від постановки і виникнення проблеми до впровадження отриманих результатів. Виділені рівні інформаційного, інформаційно-проблемного і проблемного викладання характеризуються малою пізнавальною діяльністю студента, відсутністю або одиничними самостійними етапами, присутністю викладача на всіх етапах, потребою активної викладацької праці, невисоким рівнем засвоєння матеріалу. Наступні рівні

інформаційного, інформаційно-проблемного і проблемного засвоєння характеризуються сумісною роботою студента та викладача, появою самостійних етапів, значним ступенем самостійної творчої роботи студента. Найвищі рівні інформаційно-проблемного, проблемного і наукового дослідження характеризуються присутністю студента на всіх етапах вирішення проблемної ситуації, включаючи втілення отриманих результатів у практику або медичну науку, значною часткою самостійних етапів, включаючи самостійне вирішення проблеми, зміну матеріалу інформаційного пошуку.

Аналіз застосування способів проблемного навчання у вищій медичній школі не підтвердив існуючого твердження про послідовність переходу проблемного навчання від низького до більш високого рівня – на занятті висувається ряд проблем, викладачі застосовують на одному занятті поступовий перехід від одного рівня організації проблемного навчання до іншого, причому не тільки від нижчих рівнів до вищих. Визначальними у доборі рівнів є складність матеріалу та проблем, рівень підготовленості студентів та існуючі умови викладання.

Вивчення досвіду використання проблемного навчання у вищій медичній школі дозволило сформулювати дидактичні вимоги подання навчального матеріалу для створення й організації ефективного розв'язання проблемних ситуацій, до яких слід віднести:

- відповідність навчального матеріалу рівню знань, умінь та навиків студентів, їх медичному, соціальному та побутовому досвіду;

- виражене практичне спрямування навчального матеріалу;

- органічне виникнення проблемної ситуації у ході заняття;

- спрямування діяльності студентів на опанування способів досягнення знань і вмінь;

- наявність в навчальному матеріалі проблемних завдань, що пов'язані між собою і впливають одна з одною.

Порівняльний аналіз практики проблемного та інформативно-репродуктивного навчання показав, що їх корінна єдність зумовлена невід'ємним зв'язком продуктивної і репродуктивної пізнавальної діяльності, єдністю психологічного і дидактичного змісту будь-якого навчання як процесу вирішення відповідних завдань. Сама проблемність як характеристика навчання з боку змісту та способів його піднесення та засвоєння притаманна будь-якому типу навчання: і проблемному, і інформативно-репродуктивному, хоч і проявляється у різних формах. Проблемні ситуації, що виникають у проблемному та інформативно-репродуктивному навчанні, відрізняються не лише змістом, а й формою, ступенем виявлення та загострення, тому різні ступені усвідомлення і механізм дії пізнавальних протиріч. Під час застосування способів проблемного навчання діяльність студента розгортається здебільшого на основі пошукових пізнавальних завдань, продуктив-

них запитань, які їм передують, а в ході інформативно-репродуктивного навчання – на основі створення завдань сприйняття “готової” інформації та виконання завдань репродуктивного характеру.

Порівнянням часу на підготовку до практичних занять встановлено, що після проблемної лекції студенти витрачають більше часу, ніж після монологічної лекції. Так, загальний час склав у дослідній групі 3,09 + 0,20 год, у контрольній групі – 2,97 + 0,20 год за умови, що опитані студенти отримали позитивні оцінки на занятті (рис.1). Привертають увагу значні розбіжності в абсолютних розмірах витрат часу на різні види занять. У контрольній групі після монологічної лекції на читання конспекту затрачено в середньому 10 % часу, на читання підручника – 62 %, роботу з практикумом – 6 %, читання іншої літератури – 13 %, допрацювання конспекту – 9 %, відпрацювання практичних навичок – 0 %. У дослідній групі після проблемної лекції на читання конспекту затрачено 55 % часу, на читання підручника – 26 %, роботу з практикумом – 1 %, читання іншої літератури – 7 %, допрацювання конспекту – 6 %, відпрацювання практичних навичок – 2 %, іншу роботу – 3 %. Отримані відомості статистично достовірно показують, що проблемна форма навчання посилює інтерес у студентів до дисципліни, підвищує пізнавальну активність студентів, зменшує частку нетворчої розумової діяльності при вивченні матеріалу, знижує залежність знань студентів від якості та наявності підручників.

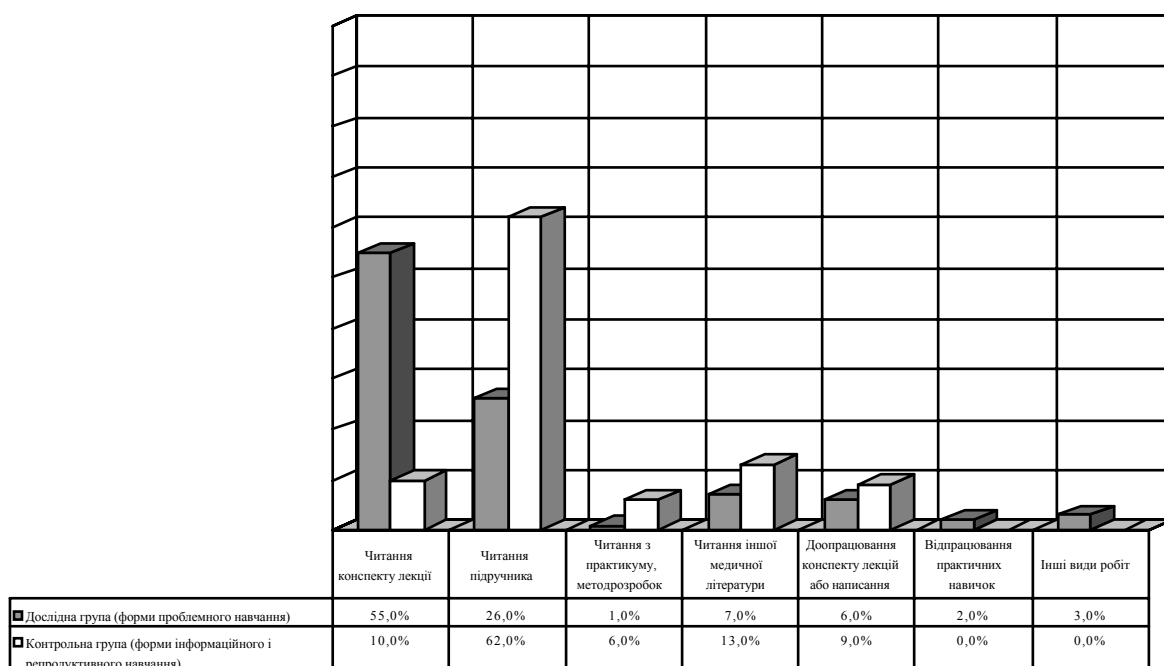


Рис.1. Структура витрат навчального часу при підготовці до занять після проблемної і монологічної лекцій (у %)

Монологічна і проблемна лекції принципово по-різному впливають на функціональний стан студентів. Якщо протягом проблемної лекції за оцінками самих студентів психофункціональний стан зменшується в середньому на $(2,09 \pm 4,9)$ умовних балів, то під час монологічної лекції ця різниця більша і становить в середньому $(21,9 \pm 6,8)$ балів. Встановлена в експерименті статистично достовірна різниця (критерій достовірності становить $t=2,36$) в психофункціональному стані студентів під час різних за характером лекцій дозволяє стверджувати, що пасивна роль студентів під час монологічної лекції знижує їх пізнавальну активність, самовідчуття, настрої на фоні зниження уваги, переважування сумних і агресивних відтінків настрою. І як не парадоксально, більш важка для сприймання студентом проблемна лекція викликає принципово інші зміни у стані студентів. Проведений аналіз тестів самооцінки психофункціонального стану студентів показав, що під час проблемної лекції характерними є зменшення стану напруги, зниження працездатності, схвильованості, збільшення втомлюваності при практично незмінній активності, незначному підвищенні уваги і відчутному посиленні позитивних відтінків настрою. Експеримент виявив досить значну (майже 30 % опитаних) частку студентів після проблемної лекції, в яких спостерігалась від'ємна різниця психофункціонального стану. Такі показники свідчать про те, що кінцевий психофункціональний стан студентів виявився вищим від початкового. Слід також зауважити, що проведений порівняльний аналіз динаміки змін характеристик психофункціонального стану студентів протягом проблемної і монологічної лекцій показав, що значення індивідуальних змін психофункціонального стану студентів після проблемної лекції мають меншу амплітуду коливань (від -28 до 24), ніж після монологічних лекцій (від 1 до 68). Відповідно до цього лінія тренда показників контрольної групи розташована значно нижче від лінії тренда аналогічних показників дослідженої групи (рис. 2).

З метою вивчення впливу й ефективності різних способів організації проблемності при проведенні практичних занять нами протягом 1992/1993 та 1993/1994 навчальних років вивчався рівень знань і вмінь, міцність знань в різних групах III і IV курсів педіатричного факультету КМІ, де проводились заняття із застосуванням способів проблемності (дослідні групи) і без них (групи контролю). Із тією ж метою у 1995/1996 н.р. у дослідних та контрольних групах медичного факультету НМУ нами

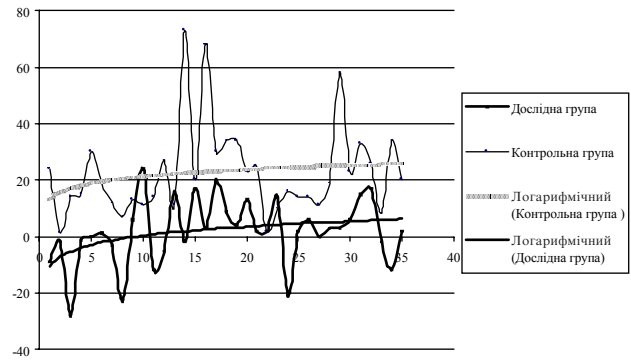


Рис. 2. Діаграми індивідуального відхилення психофункціонального стану студентів до і після проблемних і монологічних лекцій.

проведено вивчення впливу способів проблемності на загальне ставлення студентів до практичних занять і взагалі до навчання з елементами проблемності.

Вивчення рівня знань студентів встановило, що ефективність занять із використанням способів проблемного навчання становить в середньому $0,5 + 0,06$ балів, в той час як практичне заняття, в структурі якого відсутні елементи проблемності, має нижчу ефективність і становить в середньому $0,04 + 0,09$ балів при критерії достовірності $t=4,9$.

Слід підкреслити, що при дослідженні занять із використанням способів організації проблемного навчання в жодному випадку не було отримано від'ємного показника ефективності занять, в той час як при обстеженні занять, проведених із використанням інформаційно-репродуктивних методів, були отримані негативні показники ефективності занять. Крім того, показники індивідуальних змін ефективності навчання після проблемного заняття дали значно вищі позитивні значення (до 1,2 бала), ніж після монологічного заняття (до 0,8 бала). При дослідженні кінцевої ефективності навчання, тобто при вивченні рівня знань у тих же студентів тих самих груп через півроку індекс міцності знань в групах із застосуванням способів проблемності навчання становив 89 %, в той час як у студентів контрольних груп цей індекс дорівнював 84 %. Проведений порівняльний аналіз показників встановив, що застосування способів проблемного навчання збільшує ефективність занять, підвищує міцність знань студентів вищих медичних навчальних закладів.

Слід зазначити, що студенти відчують цю різницю в ефективності занять, що підтверджується результатами проведеного порівняльного дослідження інтегрального показника задоволення сту-

дентів навчанням. Так, рівень задоволення навчанням у студентів, де практичні заняття проводились з широким використанням способів організації проблемності, становив у середньому ($39,4 \pm 0,83$) бала з максимальних 50, а в групах, де ці способи не використовувались або використовувались дуже мало, середній рівень задоволення навчанням становив ($29,7 \pm 0,74$) бала.

Визначена статистично достовірна відмінність у ступені задоволення навчанням свідчить, що використання у вищій медичній школі способів проблемного навчання дає можливість створити на заняттях ефект емоційного підкріплення, яке сприяє становленню психічних новоутворень, що лежать в основі процесу набуття нових знань, умінь і навичок, сприяє настанові на удосконалення та бажан-

ня вчитись, підвищує мотивацію пізнання і самовдосконалення, тобто виступає як позитивний емоційний фон, який створює загальну привабливість навчання та стимулює його.

Висновки. Проведене дослідження встановило, що способи проблемного навчання, порівняно з інформативно-репродуктивним навчанням, незначно збільшуючи час на підготовку до занять, володіють значно більшими можливостями посилення інтересу до навчання і підвищення пізнавальної активності студентів, значно підвищують результати навчання, міцність отриманих знань і умінь, зменшують частку нетворчої розумової діяльності при вивченні матеріалу, знижують залежність знань студентів від якості та наявності підручників, підвищують задоволення навчанням у студентів.

Література

1. Низамов Р.А. Дидактические основы активизации учебной деятельности студентов. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1975. – 302 с.
2. Кудрявцев Т.В. Итоги дискуссии и пути дальнейшей работы (Проблемное обучение – понятие и содержание) // Вестн. высш. школы. – 1984. – № 4. – С. 27-33.
3. Якубовська О.М. Особистісно орієнтований потенціал ситуаційного навчання // Проблеми національного виховання в системі неперервної освіти. – Чернівці, 1999. – С. 177.
4. Якубовська О.М. Основні дидактичні функції та технологія ситуаційного навчання // Всеукраїнська науко-

во-методична конференція “Сучасний стан вищої освіти в Україні: проблеми та перспективи”: Тези доповідей. – К.: ВЦ “Київський університет”, 2000. – С. 254-256.

5. Скосарев Ю.П., Звягинцев Н.Ф., Новиков В.В. Методические указания по применению проблемных задач в подготовке студентов медицинского вуза. – М., 1984. – 72 с.

6. Гарина М.Г. Проблемный характер обучения в медицинском институте: Метод. рек. /МЗ УССР, Респ. метод. каб. по высш. и сред. мед. образованию. – К., 1982. – 19 с.

7. Ковальчук Л.Я. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес // Медична освіта. – 2000. – №1. – С.18-20.

УДК 61(07.07)

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ТА ЇЇ ВДОСКОНАЛЕННЯ

І.Р. Мисула, В.В. Файфура

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

INDEPENDENT WORK OF THE STUDENTS AND WAYS OF IT IMPROVEMENT

I.R. Mysula, V.V. Faifura

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

У статті викладено основні форми самостійної роботи студентів та охарактеризовано роль викладача в її організації. Звернено увагу на особливості цієї роботи в сучасних умовах із врахуванням об'єктивних і суб'єктивних факторів, які позначаються на її ефективності. Підкреслено, що пріоритетною повинна бути орієнтація студентів на самостійне здобування знань і вмінь, тобто на самоосвіту. Водночас зазначено, що ця ланка навчання потребує докорінної модернізації на базі сучасних технічних досягнень. Зокрема, перспективним напрямком її трансформації можна вважати широке використання мультимедійних компакт-дисків, досвід створення і впровадження яких у навчальний процес нагромаджено в Тернопільській медакадемії.

In the article there are depicted main forms of the students' independent work and is characterized the teacher's role in its organization. An attention was payed to peculiarities of this job in modern conditions considering objective and subjective factors which influence its effectiveness. It was emphasized that the priority must be the orientation of the students on independent acquiring knowledge and skills, self-study. At the same time there was marked that this chain of studying needs deep modernisation on the basis of modern technical achievements. Particularly, as a perspective trend in its transformation can be treated use of multimedia compact-disks, experience of creating and introducing in to educational process was gained at Ternopil Medical Academy.

Вступ. За сучасних умов, коли об'єм необхідних для майбутнього фахівця загальнотеоретичних і прикладних знань різко і неухильно зростає, уже не можна робити ставку на просте засвоєння певної суми фактів і наукових положень. Значно важливіше прищепити студентам вміння самостійно поповнювати свої знання, без викладача орієнтуватися в нестримному потоці навчальної і наукової інформації. Виходячи з цих міркувань, уже давно визнано, що в справі вдосконалення навчального процесу у вищому навчальному закладі одним із першочергових завдань слід вважати планування й організацію самостійної роботи студентів.

Основна частина. Завжди актуальній проблемі вдосконалення самостійної роботи присвячена велика методична література. У ній виділяють багато аспектів, які були піддані ґрунтовному аналізу:

- а) психолого-педагогічні основи самостійної роботи;
- б) зміст самостійної роботи;
- в) форми самостійної роботи;
- г) методи контролю за ефективністю самостійної роботи;

д) роль викладача в організації самостійної роботи;

е) бюджет часу студентів.

Навчальну роботу у вищому навчальному закладі можна поділити на дві категорії – аудиторну і позааудиторну. І одна, й друга можуть розглядатися як самостійна робота, тому що, незважаючи на присутність чи відсутність викладача, студент засвоює навчальний матеріал завжди сам. Від нього вимагається здійснити певну цілеспрямовану пізнавальну діяльність, яка б забезпечила цей процес. У такому розумінні самостійна робота виступає як метод засвоєння знань і опанування практичними навиками.

Залежно від того, якою мірою спілкуються між собою студент і викладач, виділяють різні форми самостійної роботи. На лекції контакт між студентом і лектором 100-відсотковий, але однобічний. Вся інформація і кожний етап її засвоєння подається безпосередньо викладачем, а студент повинен тільки самостійно засвоїти цю інформацію. Тут студент – значною мірою пасивний споживач знань. На практичних заняттях роль викладача менша, зате активність студента вища. А під час

© І.Р. Мисула, В.В. Файфура, 2002

позааудиторної роботи безпосередній контакт викладача і студента зводиться до нуля, вони спілкуються між собою лише через наукову і методичну літературу. Позааудиторна робота якраз і виступає як основна форма самостійної роботи в її традиційному розумінні. Саме вона вимагає найбільшої уваги і вдосконалення організаційних форм. Під поняттям самостійної позааудиторної роботи ми розуміємо окремий вид пізнавальної діяльності, так само важливий, як лекція, практичне заняття чи семінар. Це обов'язковий компонент навчального процесу, але такий, що здійснюється поза сіткою аудиторних занять, в умовах відсутності педагога.

Виділені нами форми самостійної роботи в сукупності покликані забезпечити поступовий перехід студента від пізнавальної діяльності, яка здійснюється при безпосередній участі викладача (лекція, практичне заняття, семінар), через діяльність, де обмежений контакт студента і викладача (позааудиторна робота), до самоосвіти, спрямованої на самостійне поповнення знань, яке здійснюється без опосередкованої або безпосередньої участі викладача. Отже, невід'ємним завданням кафедрального колективу слід вважати створення умов і проведення самостійної підготовки студента, коли він опановує різноманітні форми цієї роботи аж до самостійного навчання, тобто до створення у студента вміння займатися самоосвітою. Подібної думки дотримуються викладачі інших кафедр [1, 2, 3].

Самостійна робота має, крім освітнього, і виховне значення. Вона формує низку визначальних рис особистості – самостійність, цілеспрямованість, наполегливість. Знання, яких набувають студенти в процесі самостійного навчання, набирають свідомого характеру, стають професійними переконаннями.

Продуктивність самостійної роботи залежить не тільки від форми її проведення, але й від змісту. Мета самостійної роботи – не тільки засвоїти певні знання, але й навчитися застосовувати набуті вміння і навички. Студенти під час позааудиторної роботи, як правило, мають справу з теоретичним матеріалом, а вже на практичних чи клінічних заняттях вони вчаться практично застосовувати знання.

Є ще один аспект самостійної роботи в медичному вищому навчальному закладі, який неможливо обминути: здобування знань вимагає вивчення напам'ять. Якщо можна, наприклад, логічно дійти до розуміння фізичного закону, теореми чи хімічної формули, то для студента-медика цей спосіб не завжди придатний. Жодні формули чи закони не допо-

можуть засвоїти безліч анатомічних чи гістологічних структур і термінів, які складають фундаментальну базу медичної освіти і без яких неможливий перехід до вивчення клінічних дисциплін. Є тільки один спосіб їх опанувати – зазубрити.

Вища школа має цілу низку особливостей, які, з одного боку, складають її лице, а з другого – перетворюються на відчутні труднощі, які ускладнюють навчання, особливо на молодших курсах. Програма ВНЗ значно ширша і складніша, ніж шкільна. Вона вимагає самостійного планування роботи і активної участі в навчальному процесі. Важливо навчитися працювати систематично, щоденно, протягом усього періоду навчання. Тільки рівномірне, послідовне засвоєння навчального матеріалу є запорукою успішного навчання у вищому навчальному закладі. Багаторічна педагогічна практика показує, що для багатьох навчання у ВНЗ поєднане зі значними труднощами насамперед тому, що вони не вміють організувати власний трудовий режим, тобто не мають навичок самостійної роботи. Тому не дивно, що учні, які успішно закінчили школу, нерідко стають середніми студентами. Студентський колектив завжди був дискретною структурою, складові якої різнилися досить помітно. А зараз ця розмаїтість особливо кидається у вічі. Якщо раніше ми говорили, що у ВНЗ вступають люди, які успішно склали вступні іспити, то тепер і ця теза не завжди справедлива. Частина вступає на навчання на контрактних засадах, умови вступу при цьому значно полегшені. Із жалем доводиться констатувати, що освітній рівень теперішніх випускників шкіл, а значить і студентів у переважній більшості невимірно нижчий, ніж це було раніше.

Щоб бути об'єктивним при аналізі особливостей самостійної роботи студентів у даний час, треба враховувати й таке. Останніми роками в країні і в свідомості молодого покоління сталися разючі зміни, які не тільки не сприяють, але й прямо заважають самостійному опрацюванню програмного матеріалу. Фінальним ефектом їх комплексної дії є зниження інтересу студентів до вивчення предметів. Причин тут багато. На перше місце слід віднести втрату культури навчання, який панував ще у 80-х роках і сприймався як безумовний атрибут життя ВНЗ. Таке ж негативне значення мала втрата престижу медичного фаху протягом 90-х років. Низька і нерегулярна заробітна плата, скорочення робочих місць, побутові негаразди, мізерна пенсія – все це зробило лікарську професію малопривабливою і не спонукає студентів до опанування ме-

дичних дисциплін. Не можна ігнорувати такий фактор, як широке розповсюдження побутової інформаційної і розважальної техніки – телевізорів, відеомагнітофонів, персональних комп'ютерів, системи Інтернету тощо. Технізація побуту вкрай обрізала бюджет часу студентів, і її вплив на конкретну самоосвіту буде позначатися ще більше. Нарешті, треба визнати, що сталася глибока, докорінна зміна життєвих інтересів молодих людей – від переважно духовних у минулому до переважно матеріальних у даний час. І все це – на фоні низької загальношкільної підготовки.

Зрозуміло, що кафедри прикладають багато зусиль, аби полегшити студентам опанування матеріалу, зорієнтувати їх самостійну підготовку. Створені відповідні методичні рекомендації, складений перелік практичних навичок, виділені теми, які вносяться тільки на самостійну позааудиторну роботу, але входять до підсумкових занять, тестових завдань і екзаменаційних білетів. Частина студентів працює в наукових гуртках при кафедрах, проводить досліди, читає спеціальну літературу, готує доповіді на конференції. Все це збагачує їх науковий і професійний світогляд, вчить шукати і узагальнювати необхідний матеріал, аналізувати його, в тому числі й за допомогою математичних методів. Кафедри активно впроваджують методи навчання, які стимулюють творчість – предметні олімпіади, конкурси тощо.

Значення цих традиційних, давно апробованих педагогічних засобів не втрачається в системі підготовки сучасного спеціаліста. Але загальний рівень науково-технічного прогресу ставить питання докорінної модернізації цієї ланки навчання. І аудиторну, і позааудиторну самостійну роботу треба і можна піднести на вищий рівень, зробити її більш різноманітною, технізованою, привабливою, а значить і більш ефективною. В Тернопільській

медакадемії проводиться цілеспрямована робота в цьому напрямку, і в основу її покладено створення мультимедійних компакт-дисків (електронних книг) [4-6]. На даний час у видавництві “Укрмедкнига” тиражовано 26 компакт-дисків, підготовлених кафедрами шпитальної хірургії (5), педіатрії медичного факультету (2), інфекційних хвороб із курсом дерматовенерології (2), загальної хірургії, факультетської хірургії, хірургії ФПО, неврології та інших. Компакт-диски побудовані за єдиною схемою і містять вступ, зміст, основний текст, набір ілюстрацій, відеофільм або відеофрагменти і контролюючу програму. Усі вони після виготовлення і тиражування надходять у читальні зали бібліотеки, які оснащені комп'ютерами належного класу. З появою компакт-дисків з'явилася можливість не тільки почерпнути текстову інформацію, але й побачити хід операцій, етапи проведення дослідів, техніку клінічних обстежень, тобто найбільш цікаві або найбільш важкі для засвоєння елементи підготовки. Так формується індивідуальний підхід до організації самостійної роботи студентів.

Висновки. 1. Орієнтація студентів на самоосвіту – провідний напрямок організаційної діяльності кафедр щодо стимуляції позааудиторного пізнавального процесу як невід'ємної ланки навчання.

2. За сучасних умов позааудиторна робота студентів перебуває під негативним комплексним впливом низки протидіючих і відволікальних факторів, які зменшують її об'єм і знижують ефективність (втрата культури навчання, втрата престижу лікарської професії, розповсюдження розважальної техніки та інше).

3. Найперспективнішим механізмом поліпшення позааудиторної роботи повинна стати її цілеспрямована трансформація за допомогою технічних засобів, наприклад, у формі широкого впровадження мультимедійних компакт-дисків.

Література

1. Марчишин С.М., Кулікова Н.А., Яковенко М.Я. і ін. Організація самостійної роботи при вивченні медичної біології // Медична освіта. – 2001. – № 3. – С. 36-37.
 2. Охримович Л., Швед М., Гребеник М. і ін. Мета, структура і суть самостійного вивчення фармакотерапії // Нові технології навчання в медичному вищому навчальному закладі: Навчально-методична конференція. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 122-129.
 3. Савула М.М., П'ятночка І.Т., Бліхар Є.Й. і ін. Організація самостійної роботи студентів на курсі туберкульозу // Нові технології навчання в медичному вищому навчальному закладі: Навчально-методична конференція.

– Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 148-151.
 4. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних лазерних компакт-дисків для оптимізації навчального процесу // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 12-15.
 5. Ковальчук Л.Я. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 18-20.
 6. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.

УДК 61(061)

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПОКРАЩАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

О.В. Павленко, Т.М. Волосовець

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

CONTEMPORARY APPROACHES TO IMPROVEMENT OF POST- GRADUATE EDUCATION

O.V. Pavlenko, T.M. Volosovets

Kyiv Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk

У статті проаналізовано сучасні підходи до поліпшення післядипломної освіти, розглянуто нові форми підготовки лікарів-стоматологів.

The article analyses contemporary approaches to the improvement of post-graduate education and reviews the new forms of preparation of doctors-stomatologists.

Вступ. На сучасному етапі розвитку вищої медичної школи нагальними є заходи щодо покращання післядипломної освіти як безперервного процесу вдосконалення знань лікаря-професіонала [3,5].

На сьогоднішній день Україна має розвинуту і розгалужену систему додипломної та післядипломної освіти лікарів-стоматологів, що за кількісними і якісними показниками відповідає рівню розвинутих країн світу і є конкурентноспроможною в європейському просторі [1, 2].

Основна частина. Нині вітчизняна стоматологічна наука та практика за рівнем і якістю наукових досліджень та наданням послуг впевнено входить до світового медичного простору. На часі – прийняття Національної програми профілактики стоматологічних захворювань в Україні. Але для її виконання необхідно насамперед привести систему підготовки лікарів-стоматологів до міжнародних стандартів.

У Київській медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика була створена кафедра стоматології, основним завданням якої є суттєве поліпшення якості підготовки лікарів за фахом “Стоматологія”.

Це одне із нагальних завдань, що стоїть перед вітчизняною системою післядипломної підготовки стоматологічних кадрів. Адже лікар-стоматолог є

в повному розумінні лікарем-універсалом, який одночасно повинен надавати як дорослому, так і дитячому населенню терапевтичну, хірургічну та ортопедичну допомогу. Саме таких фахівців нині особливо потребує населення сільської місцевості, яке значно гірше забезпечене стоматологічною допомогою.

В умовах переходу системи охорони здоров'я до соціально зорієнтованої ринкової економіки важливого значення набуває зміст та організація підготовки медичних кадрів, оскільки нині у лікарів необхідно сформувати нові стереотипи їх професійної та соціальної поведінки [1].

На даному етапі для лікарів-стоматологів введено струнку триступеневу систему підготовки: лікар-стоматолог, спеціаліст із певного стоматологічного фаху після первинної спеціалізації (інтернатури), магістр медицини, підготовку якого медики ввели першими в країні. На післядипломному етапі обов'язкова для усіх випускників інтернатури, де спеціалісти одержують спеціалізацію.

Інтернатура є першим кроком лікарів-стоматологів у становленні їх як фахівців. Наш досвід вказує на необхідність особливої уваги до первинної спеціалізації лікарів-стоматологів, які закінчили вищі навчальні заклади і мають добре теоретичне підґрунтя, але, на жаль, недостатню практичну підготовку.

Тривалість очної частини навчання в інтернатурі на кафедрах вищих закладів освіти та стажування

в базових закладах і установах охорони здоров'я регламентується наказом Міністерства охорони здоров'я України від 6.03.96 р. №50 "Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів", навчальними планами та програмами інтернатури.

Для лікарів-інтернів, які одночасно навчаються в магістратурі, тривалість очної частини інтернатури на кафедрах вищих закладів освіти збільшується на 3 місяці за рахунок відповідного скорочення тривалості стажування в базових закладах та установах охорони здоров'я.

Згідно з чинним законодавством, термін навчання в інтернатурі за фахом "Стоматологія" нині становить 1,5 роки, але він не може вважатись достатнім для підготовки фахівця такого широкого профілю, яким є лікар-стоматолог.

Саме це зумовлює значну насиченість і переваженість очного циклу навчання лікарів-інтернів. Адже під час першого року інтерни навчаються на кафедрі лише 4 місяці, а під час другого року – лише 2 місяці. На противагу цьому, загальний термін перебування молодих фахівців на базах стажування складає 11 місяців, що є, на наш погляд, нераціональним та неефективним.

Хочеться підкреслити, що лікар за фахом "Стоматологія" повинен за цей короткий термін володіти основами відразу декількох стоматологічних спеціальностей. Це, звичайно, підвищує вимогливість викладачів до лекцій та практичних занять з лікарями-інтернами.

Основними складовими навчального процесу на кафедрі є: оглядові лекції з найбільш актуальних проблем сучасної стоматологічної науки та практики, практичні заняття, де молоді фахівці освоюють новітні лікувально-діагностичні технології, самостійна робота слухачів, що спрямована на їх теоретичне та практичне удосконалення. У навчальному процесі також широко використовується система консультацій.

На кафедрі робиться все можливе, щоб навіть за цей короткий термін навчання сформувати у молодих спеціалістів основи клінічного мислення та удосконалити практичні навички.

Для поліпшення теоретичних знань інтернів та посилення їх зв'язку з лікарською практикою викладачами кафедри створені і використовуються у навчальному процесі пакети тестових завдань та ситуаційних задач, еталони засвоєння практичних навичок. Кожний пакет завдань та еталонів відпо-

відає конкретній темі практичного заняття чи семінару і максимально наближені до професійної діяльності. Це дає можливість лікарям-інтернам використовувати отримані знання під час самостійної роботи з хворими та оптимізує і покращує процес встановлення правильного клінічного діагнозу і вибір адекватної лікарської тактики [5,6].

У навчальному процесі широко використовуються навчальні та контролюючі тестові комп'ютерні програми, розроблені фахівцями кафедри.

На початку навчання на кафедрі лікарі-інтерни та курсанти за допомогою тестових завдань визначають свій базовий рівень. Це дає можливість виявити прогалини у їх теоретичній та практичній підготовці і приділити їм необхідну увагу у подальшому навчальному процесі. Таким чином, формується індивідуалізований та конкретний підхід до навчання кожного конкретного лікаря-стоматолога.

Велику увагу при підготовці лікарів-стоматологів необхідно приділяти їх самостійній підготовці, з наступним самоконтролем та контролем з боку викладача після кожної вивченої теми та розділу. Цьому також сприяє система проміжних контрольних занять. Вищезазначене має особливе значення у підготовці саме лікарів-стоматологів, оскільки їм необхідно засвоїти відразу чотири основних розділи стоматологічної практики: терапевтичну стоматологію, ортопедичну та хірургічну стоматологію, дитячу стоматологію та ортодонцію.

Оглядові лекції, обсяг та кількість яких залежить від обсягу розділу, висвітлюють основні розділи терапевтичної, хірургічної, ортопедичної та дитячої стоматології. Мета кожної лекції – надати слухачам базові знання з конкретного розділу, ознайомити їх із сучасними положеннями класифікації стоматологічних захворювань, новітніми клінічними, діагностичними та диференційно-діагностичними підходами. Завдяки оглядовим лекціям у слухачів формується сучасна понятійна база знань та конкретизуються мотиваційні цілі навчання.

Для закріплення отриманих знань на практичних заняттях використовуються методичні розробки з основними теоретичними положеннями та тестовими завданнями і ситуаційними задачами. На практичних та семінарських заняттях проводиться і тестовий контроль, що дозволяє викладачу оцінити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок.

Суттєвим підґрунтям у формуванні клінічного мислення лікарів-інтернів є консультації, які можуть

бути як груповими, так і індивідуальними. Завдяки відкритій системі їх проведення та наявності прямого зворотного зв'язку викладач-слухач-викладач, вони дозволяють встановити невирішені питання у навчальному процесі та зосередити увагу і слухача, і викладача на існуючих проблемах засвоєння навчального матеріалу. Особливу вагу має те, що консультації на кафедрі проводять найдосвідченіші викладачі – професор та доценти. А вже з висоти викладацького та практичного досвіду вони можуть націлити асистентів кафедри на посилення викладання того чи іншого розділу, щодо якого в слухачів виникло найбільше питань.

Було б великою помилкою вважати завданням очного циклу інтернатури поглиблення лише рівня теоретичних знань. Значна питома вага навчального часу на стоматологічних кафедрах повинна приділятися вивченню та засвоєнню практичних навичок. Свою практичну роботу лікар-інтерн повинен відображати у щоденнику, що дозволяє професорсько-викладацькому складу контролювати його роботу.

Ефективність сучасної підготовки лікарських кадрів, безумовно, є залежним не лише від рівня їх теоретичної та практичної професійної підготовки, а й від низки набутих суто людських позитивних моральних якостей, без яких не може відбутися становлення медика: чуйності, доброти, милосердя, чесності, комунікабельності, готовності до самопожертви.

На кафедрі приділяють велику увагу виховній роботі серед лікарів-інтернів та курсантів, яка базується на національній ідеї, гуманізації та гуманітаризації навчального процесу, відданості клятві лікаря України.

Особливим завданням кафедри є створення нових сучасних підручників та навчальних посібників для підготовки лікарів-стоматологів, які відповідали б потребам часу. З цією метою керівництвом кафедри багато робиться для встановлення контактів із міжнародними організаціями та іноземними вищими медичними навчальними закладами. Впровадження у навчальний процес кафедри розробок провідних стоматологічних шкіл дозволяє покращити рівень підготовки спеціалістів та активно застосовувати у вітчизняній освітянській практиці сучасні медичні технології.

Співробітники кафедри стоматології розробляють та впроваджують у практику унікальні новітні розробки стоматологічного обладнання, матеріалів та лікарських засобів. Вони відповідають міжнародним стандартам і запатентовані в Україні і за кордоном.

Лікарі-інтерни та курсанти ознайомлюються і застосовують їх у своїй практиці.

Поглибленню знань стоматологів також сприяють дистанційні заняття з лікарями та інтернами із застосуванням телемедичних технологій, що проводяться на кафедрі стоматології КМАПО спільно з Львівським державним медичним університетом.

Лікарі-інтерни, які проходять навчання на кафедрі, активно залучаються до науково-дослідної роботи. Ми розглядаємо даний розділ роботи як життєво необхідний у формуванні майбутнього клініциста вищої кваліфікації.

Науково-дослідна робота лікарів-стоматологів у інтернатурі забезпечує набуття ними навичок самостійної роботи з науковою літературою, формує здатність до аналізу й узагальнення матеріалу, розвиває клінічне мислення, вчить вільно викладати свої думки та дозволяє критично осмислювати літературні дані. Найбільш талановитих лікарів-інтернів кафедра може рекомендувати вченій раді академії для продовження навчання в клінічній ординатурі, а згодом і в аспірантурі. Це дозволяє уже під час навчання в інтернатурі почати формування майбутнього викладача та науковця.

Після закінчення першого терміну перебування на кафедрі лікарі-інтерни повинні скласти проміжний атестаційний залік, результати якого необхідно враховувати при заключній атестації лікаря-інтерна після повного завершення навчання на кафедрі.

Підсумком навчання на базі стажування та кафедри є складання лікарями-інтернами комп'ютерного тестового іспиту за програмою інтернатури за лікарським фахом "Стоматологія". За умови позитивної оцінки його складання – понад 75 % правильних відповідей – інтернів допускають до наступного етапу державного іспиту – складання екзаменаційного іспиту Державній атестаційній комісії, яка оцінює рівень засвоєння лікарем теоретичних знань та практичних навичок і присвоює йому кваліфікацію лікаря-спеціаліста за лікарським фахом "Стоматологія".

Проблемами у даній галузі є відсутність єдиного керівництва та відповідальності за підготовку інтернів, штучний розрив у фінансуванні інтернатури, недоліки у підготовці лікарів на базах стажування та досить часто – невирішеність їх майбутнього працевлаштування.

Нині МОЗ України планує поступове впровадження резидентури, що прийнята як форма спеціалі-

зації лікарів у всьому світі. Це дасть можливість зосередити відповідальність за підготовку спеціалістів у вузах, ввести конкурсний набір на встановлені державою місця з окремих фахів, уніфікувати фінансове забезпечення лікарів-резидентів, які будуть отримувати стипендію у вищих навчальних закладах.

Великою перевагою резидентури над інтернатурою буде те, що весь навчальний процес буде проходити на клінічних базах кафедр, а завідувач кафедри буде нести повну відповідальність за підготовку молодого фахівця.

Також вважаємо за доцільне збільшення терміну підготовки лікарів-стоматологів до дворічного терміну, що дозволить їм більш глибоко оволодіти сучасними діагностичними та лікувальними тех-

нологіями, які інтенсивно впроваджуються у клінічну практику.

Введення резидентури за фахом "Стоматологія" дозволить суттєво покращити підготовку молодих фахівців, наблизити її стандарти до міжнародних вимог та максимально сприяти формуванню нової високоерудованої генерації лікарів-стоматологів.

Висновок. Нові економічні умови, швидке впровадження в медицину сучасних наукових та інформаційних технологій потребують від стоматологічної післядипломної освіти більшого динамізму, результативності та узгодженості зусиль у вирішенні складних проблем, що стоять перед практичною медициною. Цьому будуть сприяти нові форми післядипломної підготовки лікаря-стоматолога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Москаленко В.Ф. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я (аналітичний огляд). – Тернопіль: Укрмедкнига. – 2000. – 54 с.

2. Картиш А.П. Про діяльність галузі охорони здоров'я за 2000 рік, завдання щодо подальшого її розвитку та покращання здоров'я населення України // Матеріали підсумкової колегії МОЗ України. – Тернопіль: Укрмедкнига. – 2001. – С. 79-89.

3. Гирін В.М. Досконала практична підготовка лікарів і провізорів – необхідна передумова їх професійної діяльності // Практичне заняття у підготовці лікарів та провізорів. – Київ: КМАПО. – 2001. – С. 3-5.

4. Павленко Л.Г., Шешукова О.В. Значення практичного заняття в системі підготовки лікаря-інтерна за фахом "Стоматологія" // Практичне заняття у підготовці лікарів та провізорів. – Київ: КМАПО, 2001. – Т.1. – С.159-161.

5. Скрипнікова Т.П., Павленко Л.Г., Шешукова О.В. Семінарські заняття в системі післядипломної освіти лікарів-інтернів // Семінар у медицині та фармації. – Київ: КМАПО, 2000. – С. 49-51.

6. Заверна А.М., Головня І.О. Проведення семінарських занять у вигляді клінічних розборів // Семінар у медицині та фармації. – Київ: КМАПО, 2000. – С.93-95.

УДК 61:004.773.5

РОЗВИТОК ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В НФАУ ЯК ПЕРСПЕКТИВНОЇ ФОРМИ ОСВІТИ

**В.П. Черних, І.А. Зупанець, О.Г. Соколова, В.А. Георгіянц, О.І. Павлій,
В.С. Власов**

Національна фармацевтична академія України

DEVELOPMENT OF DISTANT LEARNING AT NPAU AS PERSPECTIVE FORM OF EDUCATION

**V.P. Chernykh, I.A. Zupanets, O.H. Sokolova, V.A. Heorhiyants, O.I. Pavliy,
V.S. Vlasov**

National Pharmaceutical Academy of Ukraine

У статті до уваги читачів пропонується система дистанційного навчання, вперше розроблена в Національній фармацевтичній академії.

The article acquaints the readers with the system of distant learning which has been first worked out at the National Pharmaceutical Academy of Ukraine.

Вступ. Широке використання мережі Internet в усіх сферах діяльності суспільства зумовило підвищення інтересу до дистанційного навчання. Це знайома заочна форма, але вона має значно більші можливості. Освіта відбувається шляхом самостійного засвоєння навчального матеріалу з використанням у навчальному процесі комп'ютерної техніки та інтернет-технологій. У наш час в умовах швидкого розвитку нових інформаційних і телекомунікаційних технологій дистанційна освіта стає все більш доступною формою навчання для широких верств населення. Актуальність розвитку системи дистанційної освіти зумовлена тим, що знання людини стають її основним капіталом. За оцінками спеціалістів, дистанційна освіта є найбільш перспективною формою навчання населення в XXI столітті [1].

У всі часи зміст усіх наук був у передачі досвіду поколінь, змінювалась тільки форма цієї передачі: від безпосереднього спілкування до сучасної дистанційної освіти. На порозі XXI століття чітко вираховуються контури нового напрямку вищої освіти: навчання триває все життя в зручних для студента формі, темпі, місці та часі. Дистанційна освіта найбільшою мірою відповідає потребам сучасного життя. Проблема безперервної освіти, профес-

ійної переорієнтації залишається вельми актуальною сьогодні, і її значущість буде зростати у міру розвитку ринкової економіки в нашій країні. Дистанційне навчання дає можливість економити час і здобути вищу освіту без відриву від основної роботи. За деякими оцінками, збереження тенденцій розвитку інформаційних технологій в недалекому майбутньому приведе до широкого використання дистанційної освіти як однієї з основних форм навчання [2].

У наш час велику роль у діяльності людини відіграє її інформаційна культура. Важливо вміти самостійно набувати знання, працювати з інформацією, аналізувати її, бачити та вирішувати проблеми, які виникають. Не просте засвоєння знань, а вміння творчо застосовувати їх, розвиток самостійного критичного мислення – це проблема, яка вимагає нового погляду на технологію та теорію навчання. Отже, пріоритет в освіті повинен бути за особистісно-орієнтованою педагогікою, в якій головним є самостійна пізнавальна діяльність студента. Стратегічним напрямком розвитку навчальних систем у сучасному суспільстві є інтелектуальний розвиток людини на підставі залучення її в різноманітну самостійну діяльність. Дистанційна освіта відповідає цим вимогам. Перевага дистанційної форми в оперативності, продуктивності, можливості швидкої та ефективної творчої самореалі-

зації студентів, наявності умов для їх персональної навчальної траєкторії [7].

Західні експерти стверджують, що більшість людей змінюють рід занять протягом свого життя не менш ніж 5 разів. Традиційна орієнтація на здобуття просто знань та навичок, які властиві певним професіям, поступово відходить у минуле. В нових умовах люди повинні бути різнобічними, гнучкими та “вічними” учнями, щоб уміти швидко адаптуватися до нового роду занять або до нових потреб економіки. За кордоном зріст Internet дає можливість отримання освіти вдома та на робочому місці. Ця тенденція знаходить широку державну підтримку. В усіх розвинутих країнах створюються так звані “відкриті університети” дистанційної освіти за всіма галузями науки, в тому числі за медициною та фармацією. За статистичними даними, до 2004 року у світі буде не менше 9 млн. студентів, які віддадуть перевагу дистанційному навчанню. Це здебільшого люди, які вже працюють та хочуть поглибити свій професійний досвід без відриву від виробництва [3].

Основна частина. В Україні ще немає дистанційного навчання, а створюється тільки прообраз його на базі заочної форми. Відповідно до програми розвитку дистанційної освіти, 2002 рік стане роком розробки норм правової та економічної бази, активного впровадження дистанційних курсів. Для цього при Міністерстві освіти і науки України створено координаційну раду. Уряд покладає великі надії на розвиток нової форми навчання для перепідготовки кадрів, для рішення проблеми соціальної зайнятості населення, зростання авторитету України на світовій арені. У навчальному просторі України розробкою дистанційних курсів займаються в основному технічні, економічні, правові та фінансові вищі навчальні заклади. Вони мають потужну технічну базу, більше споживачів, їм зручніше створювати комп'ютерні програми. Але головним напрямком робіт є впровадження в традиційні форми навчання дистанційних.

Уперше в Україні розробку системи дистанційної освіти для провізорів розпочала Національна фармацевтична академія, яка є лідером вітчизняної фармосвіти, має високий рейтинг на міжнародній арені. Фармацевтична галузь є однією з найбільш прибуткових і завжди притягує приплив кадрів. Однак фармацевтична галузь є технологічно- та наукоємною і пов'язана зі здоров'ям людини, тому потребує спеціальної фармацевтичної освіти. Приплив кадрів у фармацевтичну галузь регламентує

необхідність спеціальної освіти у працівників державних та комерційних фірм, а це є стимулом для дистанційного навчання за місцем проживання та праці. Отже, мотивація навчатися дистанційно існує, тому дистанційна освіта буде потрібною. Чим раніше та інтенсивніше будуть проводитися роботи з впровадження дистанційного навчання у фармацевтичну галузь, тим стабільніше становище буде мати Національна фармацевтична академія України у світовій навчальній системі.

При всіх перевагах дистанційної системи ще рано говорити про повне впровадження її у НФАУ. Тому на даному етапі дистанційне навчання можна розглядати лише як компонент заочної форми навчання, що полегшує теоретичну підготовку студента.

Дистанційна форма навчання буде впроваджуватись у НФАУ поетапно.

I етап – впровадження кейс-технологій дистанційного навчання. Через систему комп'ютерних мереж той, хто навчається, одержує навчальний матеріал, розрахований на самостійне засвоєння. Навчально-методичні матеріали чітко структуровані й відповідним чином комплектуються в спеціальний набір – “кейс”. Студент, виконавши завдання, надсилає відповідь викладачу за допомогою e-mail, отримує зауваження та новий матеріал. Інтенсивність спілкування студента з викладачем при використанні можливостей мережі Internet має перевагу над традиційною заочною формою, навчальний процес стає індивідуалізованим. Але випуск повноцінного фахівця з фармації ще потребує й очного контакту викладача із студентом та використання традиційних засобів контролю знань. Частина навчального матеріалу, практичні та лабораторні заняття виносяться на очну форму. Однак кількість очних сесій, порівняно із заочним навчанням, значно зменшиться за рахунок суто теоретичних (гуманітарних) предметів, що вивчаються дистанційно. Головним при організації дистанційної форми навчання є збереження управління навчальним процесом та керівництво навчальною діяльністю студента, яке буде здійснюватися тьюторами. Інструментом для цього буде варіативний навчальний матеріал та графік його засвоєння у поєднанні із засобами інтенсивних комунікацій [6].

II етап – впровадження експериментально-го дистанційного навчання. Створення системи дистанційного навчання – це тривала та дорога за вартістю справа. Неякісна пробна розробка може негативно вплинути на репутацію вищого на-

вчального закладу у майбутньому. Тому на етапі експериментального дистанційного навчання створюються частки системи, які включаються в очну форму навчання. Локальна дистанційна система дозволить студентам самостійно готуватися до практичних, лабораторних занять, семінарів та тестування.

Система дистанційного навчання є інструментальною оболонкою, яка дозволяє розробникам дистанційного курсу вводити навчальний матеріал у бази даних та програмувати алгоритми його вивчення. Сучасна система дистанційного навчання дає можливість здійснювати процес адміністрування, визначення початкового рейтингу, накопичення в базі даних системи навчально-інформаційних ресурсів, проведення тестування [4].

Головною проблемою дистанційного навчання на цьому етапі є створення комп'ютерних дидактично досконалих навчальних матеріалів. Із досвіду заочного навчання відомо, що електронний підручник для студентів дистанційної форми навчання повинен суттєво відрізнятися від традиційного підручника. Його зміст, структура та форма насамперед враховують віддаленість студента від викладача та однокурсників. Отже, зміст цього підручника повинен бути самодостатнім. За структурою електронний підручник ближчий до конспекту лекцій з розбивкою на невеличкі фрагменти, бажано, щоб вони збігалися за обсягом і характером викладання з традиційними лекціями. Форма викладу в цьому підручнику має бути такою, щоб студент легко бачив головне в курсі та щоб це головне виділялося рельєфно, багаторазово та різними способами. Також слід передбачити необхідність активної роботи студента з підручником. Для цього у складі навчально-методичного комплексу передбачені контрольні запитання й завдання. Вони повинні бути складені так, щоб відповіді повністю охоплювали курс та містили необхідний мінімум відомостей з цієї дисципліни (принцип самодостатності). При підготовці електронного підручника слід мати сценарій, який обґрунтовує необхідність мультимедійних додатків. Структура електронного матеріалу передбачає ланцюжок взаємопов'язаних фрагментів. Для проведення консультацій викладачами-тьюторами необхідно передбачити відкриття та встановлення графіка користування e-mail, відкриття сторінки в Internet для консультації з найбільш важливих запитань. Комп'ютерний підручник будується таким чином, щоб із ним могли працювати студенти з різним сту-

пенем підготовки: залежно від цього змінюється і час роботи над курсом. Для реалізації такої можливості необхідно, щоб електронний підручник мав блокову структуру. Вся довідкова інформація надається студенту на початку роботи, а також міститься у кожному кадрі. Студент не повинен витратити час на з'ясування запитань: яку кнопку натиснути, як увести відповідь, як викликати допомогу. При будівництві комп'ютерного підручника доцільно використовувати принцип проблемного навчання, який має велике значення для стимулювання пізнавальної активності та розвитку творчого мислення студентів [6].

III етап – впровадження класичної дистанційної освіти. На цьому етапі впроваджується модель системи гнучкого дистанційного навчання з урахуванням знань, вмінь та мотивацій учнів. У процесі придбання знань та їх застосування студент зможе використовувати у навчанні не тільки текст, а також звукові, відео-, графічні файли та віртуальні об'єкти; комунікації для розв'язку сумісних задач, брати участь у семінарах та конференціях; отримувати допомогу від викладачів-тьюторів [5]. Контроль знань стає повністю теоретичним та виконується в online режимі.

Ні в якому разі систему дистанційної освіти не слід розглядати антагоністом існуючих очної та заочної систем освіти. Вона природно інтегрує в ці системи, вдосконалює та розвиває їх на основі широкого спектра сучасних і телекомунікаційних технологій. Виділити дистанційну форму в окрему систему дозволяє наявність ряду характерних її відмінностей від класичної форми навчання:

1. У дистанційній системі освіти організовується активний діалог між студентом та викладачем.
2. Навчальний матеріал для дистанційної освіти дозволяє посилити діяльну основу навчання.
3. На основі адекватного подання матеріалу здійснюється ефективне керування навчальним процесом, яке стає можливим завдяки сучасним засобам комунікацій.
4. При використанні дистанційної форми навчання посилюється індивідуальний навчальний компонент порівняно з традиційним фронтальним навчанням. Дистанційна форма – це форма особистісно-орієнтованого навчання.
5. У дистанційній формі легко організовується спільна студентська робота: конференції, семінари та обговорення.
6. Зменшуються до мінімуму переїзди; витрати зусиль, коштів та часу.

7. Дистанційна форма дає можливість людині навчатися в будь-якому навчальному закладі, незалежно від місця проживання.

Висновок. Отже, можливість інтенсивного спілку-

вання студента з викладачем, посилення діяльної основи, індивідуалізація навчального матеріалу та темпів навчання, виводять дистанційну форму навчання на якісно новий рівень у системі освіти.

Література

1. Андреев А.А. Введение в дистанционное обучение. – М., 1997. – 185 с.

2. Дабагян А.В., Михайличенко А.М. Совершенствование профессиональной подготовки и переподготовки специалистов в современных условиях. – Харьков, 1996. – 296 с.

3. Евреинов Э.В., Каймин В.А. Информатика и дистанционное образование. – М.: ВАК, 1998.

4. Кухаренко В.М., Рибалко О.В., Сиротенко Н.Г. Дистанційне навчання: умови застосування. – Харків: НТУ “ХПІ”, “Торсінг”, 2001. – 320 с.

5. Полат Е.С., Моисеева М.В. Дистанционное обучение. – М.: Владос, 1998. – 192 с.

6. Старов М.И., Чванова М.С., Вислобокова М.В. Психолого-педагогические проблемы при дистанционном обучении // Дистанционное образование. – 1998. – № 2. – С. 26-30.

7. Хуторской А.В. Интернет в школе. Практикум по дистанционному обучению. – М.: ИОСО РАО, 2000. – 304 с.

УДК 61 (07.07)

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ВИКЛАДАННЯ ТРАВМАТОЛОГІЇ І ОРТОПЕДІЇ

Я.С. Лезвинський

Науково-дослідний інститут травматології та ортопедії АНУ

THE WAYS OF IMPROVING THE QUALITY OF TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDIA TEACHING

Ya.S. Lezvynsky

Research Institute of Traumatology and Orthopaedic of the Ukrainian Academy of Sciences

У статті наведений комплекс організаційних, методичних заходів, а також інтеграція травматології та ортопедії із суміжними дисциплінами, що значно сприяє підвищенню якості та рівня засвоєння предмета.

This article presents the directions of the organization, methodic measures and integration of traumatology and orthopaedia with the parallel subjects and authority of improving the quality and level of the subject adoption.

Вступ. У підготовці лікарів медичного інституту УАМН протягом десяти років проводиться активний пошук підвищення якості та вдосконалення навчально-методичної роботи. Актуальність цієї проблеми зумовлена формуванням нового світогляду майбутнього лікаря, який повинен досконало володіти основами фундаментальних, класичних знань, переломлюючи їх через призму народної та нетрадиційної медицини [1, 2, 3, 4, 5].

Основна частина. Кафедра травматології та ортопедії створена 5 років тому та розташована на базі науково-дослідного інституту травматології та ортопедії АНУ. Викладання травматології та ортопедії проводиться за загальноприйнятою програмою для медичних вузів, затвердженою МОЗ України з урахуванням елементів народної та нетрадиційної медицини.

При читанні лекцій та проведенні практичних занять ми широко застосовуємо ілюстративний матеріал – рентгенограми, малюнки, таблиці, слайди, скелет людини, муляжі. Це значно сприяє засвоєнню студентами предмета та поглибленню знань.

Розташування кафедр на базі НДІ сприяє підвищенню якості проведення практичних занять. Залежно від теми, заняття можуть проводитись у різних клініках інституту – вертебології, травматології, дитячої хірургії, мікрохірургії, захворювань

суглобів, кістково-гнійних захворювань, реабілітації.

Враховуючи розташування кафедр інститутів на базах різних районів Києва і великі відстані на переїзди, з метою більш раціонального використання студентами часу, коштів і сил, ми проводимо по 2 практичних заняття підряд в лекційні дні. Практично студенти займаються на кафедрі весь свій робочий день, це сприяє значному поліпшенню успішності студентів.

На кафедрах розроблені методичні рекомендації практичних занять, підготовлені навчальні тестові завдання для студентів, що теж сприяє підвищенню якості викладання травматології та ортопедії.

Проводиться суворий контроль відвідування студентами лекцій та практичних занять, обов'язковою є відробка пропущених занять із написанням рефератів, конспектуванням лекцій.

Ми приділяємо значну увагу контролю підготовки студентів до практичних занять. Для цього на кожному занятті виділяється певний час для опитування студентів. У кінці курсу травматології проводиться залік з травматології, а в кінці курсу ортопедії – окремо залік з ортопедії. Це примушує студентів систематично готуватись до занять за програмою і сприяє підвищенню середнього бала на диференційованому заліку.

Підвищення якості підготовки фахівців можливе лише за умови інтеграції викладання на кафедрах, що працюють з одними і тими ж курсами і потоками (інтеграція “по горизонталі”), а також з кафедр

рами, що працюють на старших та молодших курсах (інтеграція “по вертикалі”).

У МІУАНМ велику увагу приділяють інтеграції суміжних дисциплін. Вивчення травматології та ортопедії проводиться в тісній інтеграції з такими дисциплінами: хірургія, нейрохірургія, рентгенологія, топографічна анатомія.

При проведенні інтеграції ми беремо до уваги такі її складові:

- інтеграція з питань змісту навчального матеріалу;
- інтеграція з питань методики викладання та контролю знань студентів;

- інтеграція з питань узгодження навчальних програм.

Інтеграція здійснюється при складанні робочої навчальної програми, методичних розробок, їх рецензування на суміжних кафедрах. Студенти, які починають вивчення травматології, проходять те-

стування з топографічної анатомії, рентгенології, загальної хірургії, анатомії. Це дає можливість виявити рівень знань із цих дисциплін з метою визначення питань, які потребують уваги на суміжних кафедрах. При проведенні навчального процесу ми постійно враховуємо побажання колег суміжних кафедр.

Для інтеграції має значення взаємовідвідування лекцій, практичних занять суміжних кафедр. Після взаємовідвідування проводяться дискусії, обмін досвідом за інтеграційними питаннями, що дає можливість підвищити рівень викладання предмета.

Висновок. Таким чином, комплекс організаційних, методичних заходів, а також інтеграція травматології та ортопедії з суміжними дисциплінами сприяє підвищенню якості викладання та рівня засвоєння програми з травматології і ортопедії.

Література

1. Гарина М.Т. Тестовий контроль в медінституті. // Клин. хірург. – 1994. – № 5. – С. 67-68.

2. Деміховська О.В. Проблема інтеграції наук у системі вищої медичної освіти // Медична освіта. – 2001. – № 1. – С. 22-24.

3. Гойко Г.В., Лезвінський Я.С. Інтеграція курсу травматології та ортопедії з іншими дисциплінами // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні. – Київ-Дніпропетровськ, 2001. – С. 406-407.

4. Гарник Т.П., Поканевич В.В., Шураєва Т.К. та ін. Шляхи поглиблення інтеграції навчальних дисциплін при підготовці лікарів медичного та стоматологічного факультетів // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні. – Київ-Дніпропетровськ, 2001. – С. 407-408.

5. Красовський А.Г. Перший досвід підготовки фахівців з вищою медичною освітою з напрямків традиційної та нетрадиційної медицини // Медична освіта. – 2001. – № 1. – С. 30-35.

УДК 616-092(07.07)

БІОЕТИКА ТА МЕТОДОЛОГІЯ ВИКЛАДАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ

А.І. Гоженко

Одеський державний медичний університет

BIOETHICS AND METHODOLOGY OF PATHOLOGICAL PHYSIOLOGY TEACHING

A.I. Hozhenko

Odesa State Medical University

Висвітлюється думка авторів щодо можливості та необхідності проведення експериментальних досліджень на тваринах при викладанні патологічної фізіології. Дане питання розглядається відповідно до проблем біоетики у медико-біологічній науці.

The authors' idea concerning the possibility and necessity of experimental investigations on animals at pathological physiology teaching are elucidated. This question is discussed according to bioethics problems in medical and biological science.

Вступ. Однією із суттєвих рис сучасного розвитку цивілізації є глибоке усвідомлення людини як частки могутнього організму живої природи, тому ми мислимо себе у багатьох тісних зв'язках з іншими представниками біологічного світу. Звідси і зміна ставлення до тваринного світу, що набуло яскравого вигляду у виникненні та розвитку біоетики.

Основна частина. Проблеми останньої особливо актуальні для медичної науки та практики. Історія розвитку медицини дуже багато в чому зобов'язана тваринам, якими людство пожертвувало, щоб пізнати себе та створити сучасну медицину. Але на даному етапі розвитку науки та техніки з'явилась реальна можливість врахувати морально-етичні аспекти взаємозв'язків людини з тваринним світом. Регламентация цих відносин і є предметом біоетики.

Нещодавно в Україні відбувся національний конгрес з біоетики, що започаткував реалізацію цих проблем у нашій державі. Але треба звернути увагу, що основними питаннями, які обговорювались на конгресі, були проблеми біоетики у медико-біо-

логічній науці. Здебільшого її розглядав і академік Ю.І. Кундієв, додаючи до цього ще й дотримання біоетичних принципів у лікарняній діяльності [1]. Обґрунтовуючи актуальність проблеми біоетики, автор зазначає, що настав час захистити “и саму жизнь на Земле”, і вважає необхідним розробити та прийняти біоетичний кодекс при проведенні експериментальних досліджень на тваринах.

Повністю поділяючи думки акад. Ю.І. Кундієва, хочемо зазначити, що не менш актуальними є ці проблеми в навчальному процесі вищої медичної школи, особливо при викладанні медико-біологічних дисциплін. Це і спонукало автора повернути увагу колег до цього питання на прикладі аналізу проблем біоетики при викладанні патологічної фізіології.

На патологічну фізіологію за навчальним планом відводиться 76 лекційних годин та 100 годин на практичне навчання [2]. Вивченням патологічної фізіології завершується теоретична підготовка студентів, а на базі отриманих знань етіології та патогенезу ґрунтується подальша клінічна підготовка. Тому набуття глибоких знань з патологічної фізіології є важливою умовою формування висококваліфікованих лікарів.

Понад два століття створювалась традиційна методологія викладання патологічної фізіології, що також відповідає загальній методології вивчення інших медико-біологічних дисциплін. Вона складається з двох елементів: теоретичного та практичного вивчення дисципліни. Теорія здебільшого вивчається у лекційному процесі, а закріплення матеріалу та оволодіння навичками, необхідними для засвоєння навчального матеріалу, – на практичних заняттях. Дві третини ХХ століття у лекційному курсі широко застосовували гострі експерименти на тваринах, що зараз на більшості кафедр не практикують. Проте при організації практичних занять використовують історично традиційні підходи. Оптимальною вважають таку їх побудову, коли більшість часу відводиться на експерименти на тваринах, мета яких – відтворення основних елементів патологічного процесу, що сприятиме глибокому засвоєнню знань студентами.

Слід зазначити, що до 1993 року, коли була прийнята остання редакція навчальної програми з патологічної фізіології, значну увагу приділяли вмінням експериментувати на тваринах, але в останній програмі із семи пунктів лише в одному зазначено необхідність умінь проводити основні експерименти на тваринах. Хочемо наголосити, що така динаміка цілей логічна, бо сучасному лікарю немає необхідності вміти проводити експерименти на тваринах. Тобто більшу кількість експериментів на тваринах на практичних заняттях проводиться лише з демонстраційною метою. В середньому тварин використовують на 50-85 % практичних занять на різних кафедрах. Причому це, здебільшого, відтворення гострих експериментів, бо час, відведений на заняття, обмежений годиною або двома. Треба зазначити, що частина експериментів відтворюється не на наркотизованих тваринах: дія гострої гіпоксії, анафілактичний шок, дія електричного струму. Частина тварин при відтворенні таких експериментів гине. Студенти спостерігають перебіг гострої фази пошкоджень за найбільш загальними зовнішніми проявами: поведінка, колір слизової оболонки та інше, а потім обговорюють можливі механізми їх розвитку.

Підсумовуючи таке досить коротке та часткове викладення суті організації практичних занять, яке добре відоме не тільки викладачам нашого предмета, але й іншим, бо здебільшого теоретичні дисципліни на практичних заняттях викладаються аналогічно. Треба зазначити, що для демонстрації деяких досить загальних проявів гострих захворювань на практичних заняттях тваринам

завдають ушкоджень, після яких вони часто гинуть у стражданнях на очах студентів. Чи лише така організація проведення практичних занять є можливою й ефективною для вивчення етіології та патогенезу? На наш погляд, у сучасний період розвитку навчального процесу в медичних вузах – ні.

По-перше, тому що недотримання біоетичних правил наносить шкоду вихованню високих гуманістичних ідеалів у майбутніх лікарів. По-друге, суттєвих практичних навичок для лікарської діяльності при цьому студент не набуває. По-третє, ті спостереження загальних проявів захворювання, що може вивчати студент під час експерименту, складають дуже маленьку часточку щодо механізмів етіології та патогенезу, які притаманні захворюванням.

Безумовно, що вже цей невеликий та неповний перелік зауважень дозволяє нам зробити висновок, що експерименти на тваринах – це не головний і не найбільш ефективний елемент навчального процесу при вивченні патологічної фізіології. Але звідси випливають інші запитання – чи не вплине відмова від проведення експериментів на якість підготовки лікарів, і чим можна замінити експерименти на тваринах під час навчання студентів. На наш погляд, не вплине. Головним чином тому, що експеримент на тваринах – це не мета навчання, а є лише один із засобів його. Причому цей засіб має і суттєві недоліки – механізми та прояви розвитку захворювань у тварин і людей не завжди збігаються. Отже, ми вивчаємо явища на моделях, які лише частково демонструють їх.

Раніше ми висловлювали свою думку щодо необхідності створення клінічної патофізіології з більш широким використанням у навчальному процесі можливостей спостереження за перебігом патологічних процесів та захворювань безпосередньо у людей [3,4]. Клінічне моделювання, спостереження і, нарешті, клінічний експеримент у межах біоетики не тільки повністю компенсують втрати внаслідок значного зменшення використання в навчальному процесі експерименту на тваринах, але й суттєво наближують його до вивчення патології у людини, тобто до основної мети патофізіології. Треба зазначити, що необхідність вивчення окремих розділів патологічної фізіології “над больным организмом человека” визнавав уже один із засновників української патофізіології і новоросійської школи патологів – Володимир Валер’янович Підви́соцький, який у передмові до “Основ общей патологии” пише, що спостереження біля ліжка хворо-

го породило нашу науку, яка і є насамперед “наукою о болезнях человека” [5]. А далі він вказує, що окремі розділи можливо вивчати лише у людей, наприклад, психопатологію. Ці геніальні положення учений висунув понад 100 років тому, коли технічний арсенал спостереження, вивчення та демонстрації явищ патології у людей був дуже обмеженим.

Ми не відхиляємо можливості та (інколи) доцільності демонструвати окремі питання етіології та патогенезу в експериментах на тваринах. Але, на наш погляд, основним засобом повинні бути покази навчальних відеофільмів, комп’ютерних матеріалів, що дає змогу ефективніше проілюструвати явища, які вивчаються, і суттєво зменшити біоетичні проблеми.

У дискусії, яка триває серед науковців із питань клінічної патофізіології, інколи виникають побоювання за долю основного аналітичного засобу вивчення фізіології та патофізіології людини – експерименту. Треба відразу з’ясувати нашу позицію – науковий експеримент з урахуванням вимог біоетичних вимог був і залишається одним із голов-

них засобів аналітичного методу у патофізіології та інших експериментальних науках. Безумовно, що деяка частина студентів, тих, що пов’язують своє професійне життя з наукою, повинна засвоїти правила експериментування на тваринах під час наукових досліджень.

Висновок. Таким чином, ми вважаємо, що сучасні досягнення у медичних технологіях не тільки збагатили арсенал діагностичних та лікувальних засобів у клінічній медицині, але й дозволили ширше вивчати етіологію та патогенез безпосередньо у людей та створили реальні умови вдосконалення навчального процесу з патологічної фізіології.

Одним із таких наслідків є реальна можливість побудови навчання на засадах біоетики, що дозволить нам змінити своє ставлення до тварин і виховувати майбутніх лікарів у дусі гуманізму.

Ми глибоко впевнені, що це принципово сучасний підхід до організації навчального процесу при вивченні теоретичних дисциплін у медицині, який віддзеркалює реальні науково-практичні можливості, а наші зусилля повинні бути спрямовані на пошуки та розробку нових навчальних технологій на базі клінічної патофізіології.

Література

1. Кундиев Ю.И. Биоэтика – веление времени // Лікування та діагностика. – 2000. – № 4-1. – С. 8-11.
2. Програма з патологічної фізіології (для студентів медичних вузів) – Київ, 1993. – 42 с.
3. Запорожан В.М., Гоженко А.І. Клінічна патофізіологія: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку // Фізіологічний журнал. – 2000. – Т. 46, № 6. – С. 123-126.

4. Гоженко А.І., Макулькін Р.Ф., Коваленко Л.Г. Клінічна патофізіологія – важливий напрям інтеграції теоретичної та практичної підготовки лікарів // Практичне заняття у підготовці лікарів і провізорів: Зб. метод. праць. – Київ, 2001. – Кн. 2. – С. 52-54.

5. Подвысоцкий В.В. Основы общей патологии. – Санкт-Петербург, 1891. – 125 с.

УДК 004.032.6+004.415+[371.331]

ТЕХНОЛОГІЇ МУЛЬТИМЕДІА: НОВИЙ ПІДХІД ДО ЛЕКЦІЙНИХ КУРСІВ

Є.М. Нейко, І.Ю. Головач

Івано-Франківська державна медична академія

MULTIMEDIA TECHNOLOGIES: NEW APPROACH TO THE LECTURES

Ye.M. Neiko, I.Yu. Golovatch

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

Комп'ютеризація вищої школи пройшла шлях від рутинних методів використання тестового контролю до мультимедійних технологій. Описані етапи становлення використання комп'ютерної техніки в інститутах. У даній статті обговорюються питання використання мультимедійних технологій у навчальному процесі, зокрема при читанні лекцій, оскільки комп'ютеризація передбачає впровадження в навчальний процес сучасних технологій. Поряд із цим, необхідно зберігати традиції викладання у вищій школі. Вказані недоліки і переваги читання лекцій із використанням мультимедійних технологій.

The computerization of higher school has passed a path from usage of routine methods of activity up to multimedia technologies. The stages of foundation of computer usage in educational process of institutes are described. In the given article the problems of multimedia technologies usage in educational process are discussed, in particular, at reading the lectures, as the computerization should include the implementation of modern technologies into educational process. Besides, it is necessary to keep the traditions of teaching at a higher school. The lacks and advantages of reading lecturing with usage of multimedia technologies are indicated.

Вступ. В останні десятиріччя ХХ століття впровадження в навчальний процес комп'ютерних технологій призвело до якісних, а іноді навіть революційних змін класичних уявлень і підходів, що склалися століттями [1, 3, 4].

Як і будь-який інший процес, пов'язаний із нелегкою з психологічної точки зору ломкою непохитних традицій, комп'ютеризація вищої школи пройшла за ці роки декілька етапів [2], розвиваючись у міру свого визнання зростаючими темпами.

Основна частина. На першому етапі комп'ютер використовувався тільки як засіб, що полегшує викладачу процес підготовки навчальних матеріалів і офіційних паперів. Хоча потрібно зазначити, що технічний рівень того часу і не дозволяв розширити можливості використання комп'ютерів. Останні знаходилися лише у розпорядженні викладачів. Цей етап – етап “псевдокомп'ютеризації” – тривав доволі значний час і відіграв позитивну роль, що полягала не тільки в реальному полегшенні рутинної праці викладача і вивільненні його робочого часу. Більш важливим стало те, що комп'ютер перестав бути “стороннім тілом” для переважної

більшості викладацького складу навчальних закладів.

На другому етапі цього впровадження відбулося перетворення дуету “комп'ютер-викладач” на триаду “викладач-комп'ютер-студент”. Відмітною його рисою стала повсюдна розробка тестових програм контролю знань, що використовувалися на різних стадіях навчального процесу: від поточних занять до іспитів. Гальмівним фактором на шляху повсюдного поширення цих програм на той час був дуже низький рівень комп'ютерної грамотності викладачів і студентів. Як наслідок, важко було зрозуміти, що є справжньою причиною незадовільних відповідей – якість знань чи психологічні проблеми студентів, які бачили комп'ютер часто вперше в житті.

Проблема виявилася настільки серйозною, що деякі кафедри й вузи, які повністю перейшли на тестовий контроль знань, вимушені були повернутися до традиційних форм контролю знань. Інший недолік методу комп'ютеризації навчального процесу полягав у змісті складених програм, які не мали навчального характеру, а тому використовувалися лише як контролюючі процедури. Зрештою,

© Є.М. Нейко, І.Ю. Головач, 2002

і таку форму їх застосування не можна було вважати ідеальною, оскільки тестовий комп'ютерний контроль дозволяв лише виявити об'єм знань студентів, а не те, що є набагато важливішим – його здібності до навчання і вміння мислити. Потрібно зазначити, що даний недолік притаманний і теперішнім сучасним формам комп'ютерного тестового контролю.

Третій етап впровадження комп'ютерних технологій у навчальний процес вищої школи був зумовлений насамперед якісно новими можливостями комп'ютерної техніки, зокрема появою технологій мультимедіа, оскільки психологічних причин, які перешкоджали б подальшій комп'ютеризації вищої школи, вже не існувало. Відтепер використання комп'ютерів у своїй повсякденній праці стало для викладачів звичною справою. Ті, хто залишався осторонь цього процесу, втрачали можливість власного професійного зросту, а з ним – право називатися сучасними викладачами.

Іншою стала і підготовка школярів, які приходять у вищу школу. Для багатьох із них комп'ютер – така ж буденна частина інтер'єру, як і телевизор.

Все це забезпечило можливості для якісно нових прийомів використання комп'ютерних технологій в освітньому процесі. Тепер комп'ютер “навчився” не тільки контролювати, але й навчати.

Характерними особливостями даного етапу комп'ютеризації вищої школи, який триває і дотепер, стала масова поява програм навчального типу, використовуючи які, студент може не тільки перевірити рівень своєї підготовки, але й отримати нові знання. При цьому сучасні технології мультимедіа дозволяють постачати ці програми такими наочними ілюстративними матеріалами, які з тих чи інших причин недоступні при інших формах навчання. Особливо швидкими темпами поширювалися унаочнення для теоретичних медичних дисциплін (з гістології, анатомії людини, ембріології, хімії, фізики).

Логічним розвитком такого роду програм стала поява мультимедійних підручників – справжніх електронних викладачів, що можуть взяти на себе важливу функцію, реалізація якої при традиційних формах навчання є надто проблематичною. Мова йде про дистанційне навчання – перспективне і актуальне завдання вищої школи. Потужним поштовхом реалізації сучасних технологій освіти стала поява Всесвітньої комп'ютерної мережі Інтернет – практично невичерпної бази знань.

Таким чином, на сучасному етапі в результаті впровадження в навчальний процес комп'ютерних

технологій практично всі традиційні форми навчання неспізнано модифікувалися. Цілоком природною є ситуація, при якій студент готується до занять, користуючись навчальними програмами і мультимедійними підручниками, звертаючись через Інтернет до баз найбільших світових вузів і бібліотек, а далі – вже на заняттях – рівень його підготовки контролюється сучасними тестовими програмами, насиченими різноманітним ілюстративним матеріалом. У світлі цього класичні поняття вищої школи – семінар, контрольна робота, синтез, самостійна робота студентів, іспит – набули нового змісту і наповнення. Напевне, єдиною формою навчального процесу, яка залишилася недоторканою цими перетвореннями, виявилися лекційні курси.

Лекція вищої школи до цього часу залишилася бесідою викладача зі студентами, що здійснюється за допомогою крейди, дошки і наочного приладдя. Безумовно, ця форма взаємодії учня і вчителя – основа вищої школи – багато в чому збереже свій стиль поза залежністю від досягнень науково-технічного прогресу. Однак залишатися зовсім осторонь цих досягнень було б неправильно. Так, засвоєння лекційного матеріалу залежить не тільки від талановитості лектора, його мистецтва читання лекцій, але й від унаочнення. Сучасні комп'ютерні програми можуть надати неабияку допомогу, зокрема створення комп'ютерних презентацій. Це можна здійснювати за допомогою програми MS PowerPoint (можливий альтернативний варіант з використанням програми CorelPresentation).

Можливості сучасних офісних програм дозволяють виділяти необхідну інформацію кольором, різними шрифтами, а також використовувати анімаційні ефекти (наприклад, мигтючий текст), які застосовуючись навіть стосовно звичайного тексту, будуть акцентувати увагу слухачів на найбільш важливих поняттях, істотно полегшуючи їх засвоєння. Ретельний пошук, відбір, наступне оформлення і впровадження в лекцію-презентацію оптимального ілюстративного матеріалу є найбільш відповідальним і трудомістким етапом підготовки такої лекції.

Джерелом великої кількості наочних зображень, у тому числі анімаційних, слугує Всесвітня комп'ютерна мережа Інтернет. Це дозволяє створити власну базу даних, що складається з малюнків, графіків, анімаційних файлів як у відео- (mpg-, mov-, avi-файли), так і графічному форматах (gif-файли). Підготовлений таким чином матеріал набуває цілком іншого рівня унаочнення і значно легше засвоюється.

Використання комп'ютерних технологій при читанні лекцій дозволяє зняти також і низку проблем, властивих сучасному стану української вищої школи. Звичайно, жодне комп'ютерне зображення не буде повноцінною заміною лекційної демонстрації дослідів, експериментів, клінічного розбору хворого, що здійснюється лектором чи його асистентом. Однак у разі відсутності хворого з певною патологією у стаціонарі або найбільш цікаві клінічні спостереження можна записати у вигляді відеозапису. Створені у цифровому форматі дані відеофрагменти можуть бути легко перенесені і включені в лекційно-презентацію. У той же час ефективним є паралельне використання реальних і віртуальних лекційних демонстрацій.

До безсумнівних переваг комп'ютерно-презентаційного читання лекцій слід віднести принципово новий, недосяжний при класичному способі рівень унаочнення матеріалу. Ще однією перевагою такої лекції є чітка структурна організація матеріалу, що полегшує студентам процес конспектування, а лектору – викладення своїх думок.

Водночас потрібно сказати, що читання лекцій способом комп'ютерної презентації має свої недоліки.

На перший погляд здається, що прочитати таку лекцію, натискаючи на відповідно кнопки, може навіть лаборант. Аудиторія ж втрачає при цьому можливість безпосереднього спілкування з тим, кого здавна, незалежно від посад і звань, прийнято називати шанобливим словом “Учитель”. Справжній лектор, який володіє даром живого людського спілкування, вмінням переконувати, прикладаючи всю майстерність оратора і розповідача, доб'ється того, чого ніколи не зможе зробити комп'ютер.

По-друге, як би парадоксально це не звучало, “комп'ютерні” лекції висувають до викладача не менші, а значно більші вимоги. Прочитати таку лекцію зможе лише спеціаліст високої кваліфікації.

Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.

2. Гарина М.Г. Тестовий контроль в медінституті // Клини. хирург. – 1994. – № 5. – С. 67-68.

3. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної

Щоб переконатися, достатньо хоча б раз це зробити.

Мова йде навіть не про те, що лектор, який залишається в аудиторії один на один з комп'ютером, повинен володіти високим рівнем комп'ютерної грамотності, досконало знати можливості техніки, що використовується. Виводячи на екран значну частину інформації, лектор повинен, передусім, грамотно оцінити час, необхідний слухачам для того, щоб зрозуміти її і законспектувати. Не маючи відповідного досвіду, зробити це практично неможливо.

Перехід до читання лекцій методом комп'ютерної презентації висуває високі вимоги не лише до лектора, але й до техніки, що використовується. Застосування комп'ютера в лекційній аудиторії виправдане лише в тому випадку, якщо його використання дозволяє ефективно досягти цілей, недоступних при класичному читанні лекцій. Очевидно, що таким вимогам на сьогодні відповідають комп'ютери серії як мінімум Pentium II з оперативною пам'яттю 64 Мб, оснащені сучасними ефективними відео- і аудіокартами.

Водночас не можна не застерегти і від надмірного захоплення процесом комп'ютеризації лекційних курсів. Безумовно, оптимальним є розумне поєднання всіх можливих методів взаємодії з аудиторією, серед яких можливості мультимедіа-технології мають велике значення. Не говорячи про “живий” лекційний експеримент, демонстрацію тематичного хворого і клінічний розбір його історії хвороби, що важко переоцінити, класичний набір крейда-дошка, навіть в епоху повсюдної комп'ютеризації, як завжди будуть невідокремним атрибутом класичної клінічної лекції.

Висновки. Таким чином, логічний розвиток бурхливого процесу комп'ютеризації вищої школи повинен передбачати не тільки повсюдне впровадження в навчальний процес сучасних технологій, але й дбайливе збереження перевірених часом і досвідом традицій попередніх поколінь.

академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.

4. Ковешніков В.Г., Чистолінова Л.І., Руденко М.А. Упровадження сучасних комп'ютерних технологій у навчальний процес на кафедрі анатомії людини Луганського державного медичного університету // Медична освіта. – 2000. – № 3. – С. 43-45.

УДК 616.1/4-084

ПИТАННЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ І ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

О.Й. Бакалюк, С.І. Сміян, В.В. Дем'яненко, Н.В. Грималюк,
О.М. Масик

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ISSUES ON PRIMARY PREVENTION OF NON-INFECTIOUS INTERNAL DISEASES AND HEALTHY LIFESTYLE POPULARISATION IN THE PROGRAM OF A FAMILY PHYSICIAN TRAINING

О.Ю. Bakaliuk, S.I. Smiyan, V.V. Demyanenko, N.V. Hrymalyuk, O.M. Masyk
Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

У статті пропонуються нові підходи до викладання основ первинної профілактики неінфекційних захворювань внутрішніх органів та проведення санітарно-просвітницької діяльності при підготовці сімейних лікарів.

New approaches to teaching family physicians the principles of primary prevention of non-infectious internal diseases as well as the novel prophylactic and educating activities are proposed in the article.

Вступ. Одним із основних напрямків реформування медицини сьогодення, крім введення гарантованого державою рівня та обсягу медичної допомоги, впровадження бюджетно-страхового фінансування, перепрофілювання ліжкового фонду, є надання первинної медико-санітарної допомоги на методологічній основі інституції сімейного лікаря [1]. Із зазначених позицій нагального переосмислення вимагає методологія і практика викладання основ первинної профілактики неінфекційних захворювань внутрішніх органів і пропаганди здорового способу життя.

Основна частина. Як відомо, натеper провідне місце в первинній профілактиці захворювань внутрішніх органів посідає концепція ризик-факторів (екзо- або ендегенних). Групи ризик-факторів для конкретних захворювань людини сформовані достатньо коректно, як і визначені шляхи усунення або зменшення їх негативного впливу. Виходячи з аналізу ролі і значущості екзогенних ризик-факторів у формуванні захворювань, існуючих тенденцій до значного погіршення екологічного стану довкілля, перш за все, за рахунок його прогресуючого за-

бруднення ксенобіотиками, несприятливого радіаційного фону, незбалансованого харчування тощо, вважаємо аргументованим прогностичне очікування посилення несприятливої дії на організм людини названих чинників.

Як показала практика, організація лікувально-профілактичної роботи на засадах традиційного виховання різних ризик-факторів екзогенної природи виявилась неспроможною суттєво вплинути як на дієвість системи охорони здоров'я, так і на якість здоров'я та життя населення. Інша крайність, підґрунтям якої стали новітні досягнення у сфері медичної генетики і молекулярної патології, полягає у визнанні невиправдано високої ролі ендегенних ризик-факторів у формуванні неінфекційних захворювань людей. Не випадково практика проведення скринінгових обстежень із комплексним вивченням ендегенних факторів ризику (артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, гіперглікемія тощо) практично вичерпала себе як недостатньо дійова, малоінформативна і трудомістка медична технологія [2]. Для прикладу вкажемо, що навіть у такій високорозвинутій країні, як США, тільки 25% пацієнтів з підвищеним артеріальним тиском отримують адекватну і ефективну гіпотензивну терапію.

© О.Й. Бакалюк, С.І. Сміян, В.В. Дем'яненко, Н.В. Грималюк, О.М. Масик, 2002

З іншого боку, відповідно до теорії фізіології функціональних систем організм людини розглядається як динамічна багатокомпонентна система з існуванням механізмів, спрямованих на усунення тих або інших структурно-функціональних порушень і пристосування до збереження життя системи у змінених умовах [3]. З такої точки зору, одного лише переліку причетних до відповідних патологічних змін чинників екзо- і/або ендogenous походження без достатнього розуміння причин та механізмів їх розвитку недостатньо для зміни існуючої ситуації. Очевидною є хибність майже повного ігнорування в реальній медичній практиці механізмів саногенезу. А як визначити, наприклад, що артеріальна гіпертензія або гіперхолестеринемія у даній конкретній ситуації у конкретного індивіда є механізмом саногенезу, а не патогенезу і корекції не потребує?

Наведені міркування і аналіз існуючого досвіду попередніх років вказують на необхідність докорінної зміни концептуальних підходів і до організації санітарно-просвітницької роботи. Неконкретність традиційного, переважно декларативного просвітництва як форми профілактики негативного впливу таких ризик-факторів, як переїдання, куріння, вживання алкоголю тощо, повинна бути замінена на нові інформаційно-технологічні прийоми, які забезпечували б адресну спрямованість профілактичної інформації і націлювали б на формування усвідомленого вибору людиною здорового способу життя. Неврахування цього при підготовці сімейного лікаря, на наш погляд, може негативно позначитися на ефективності його майбутньої практичної роботи, на становленні нового іміджу сімейного лікаря як порадики і консультанта з питань здоров'я усіх членів сім'ї — від вагітної до новонародженого і людини похилого віку.

Що ж конкретно слід змінити в традиційній системі “лікар - пацієнт”, яка ніяк не може відійти від традиційного принципу “ласкавого патерналізму”, щоб стати на позиції більш прогресивної інституції сімейного лікаря? Які конкретні заходи необхідно здійснити на цьому нелегкому шляху? Однозначної відповіді на поставлені питання на даний час, очевидно, не існує, проте цілком зрозумілим є те, що вони не можуть обмежуватися лише рамками фахової підготовки спеціалістів у медичних навчальних закладах.

На нашу думку, вони такі.

1. Створення нової концепції здоров'я і хвороби людини. В її основі повинно бути уявлення про лю-

дину як складну, багатоконтурну систему з великою кількістю підсистем, прямих і зворотних зв'язків, чим, власне, і забезпечується її багатогранна здатність до саморегулювання [4], причому здоров'я повинно розглядатися як досконалість процесу саморегуляції обміну речовин, а хвороба — як його порушення. У новій концепції повинна знайти своє відображення пластична (участь у формуванні вищою мірою індивідуального для кожного організму ритму метаболічних процесів) і специфічна робота (підтримання цього оптимального для життя даної системи кінетики обміну речовин) функції різних органів і систем [5]. Ці стрижневі постулати для створення такої концепції були висловлені ще у 80-ті роки і незаслужено забуті.

2. Удосконалення методик оцінки структури і функції гомеостатичних систем. При цьому загальними положеннями повинні бути [3, 6]:

- на всіх рівнях структурної організації макроорганізму коливання активності і нормалізація діяльності порушених функціональних систем забезпечуються на основі єдиних, стереотипних структурних змін — збільшенням кількості активно функціонуючих структур (гіпертрофія і/або гіперплазія);

- в основі цих змін лежать паралельно перебігаючі процеси розпаду і поновлення функціонально неповноцінних і патологічно змінених елементів, причому збалансованість між ними визначається відповідністю між швидкістю (інтенсивністю) адаптивної перебудови і/або силою та частотою дії подразника — патогенного фактора;

- навіть незначні зміни функції органа або системи не відбуваються без відповідних морфологічних змін.

Натепер функції органів або систем вивчаються переважно з урахуванням відхилень гемодинамічних, імунологічних, гормональних, метаболічних критеріїв від загальноприйнятих нормативних величин. Однак виявлення цих відхилень у переважній частині випадків означає уже певною мірою розвинутий патологічний процес! Тому, на нашу думку, слід базуватися на інших критеріях оцінки функції органів та систем.

Методологічною основою нової концепції здоров'я людини, профілактики її захворювань може стати так звана термодинамічна концепція [7], яка досить добре аргументована результатами клінічних та експериментальних спостережень. Детальний виклад цієї концепції наведений у роботі Г.Л. Апанасенка [8]. Посилаючись на ці два джерела, викладаємо принципіві питання концепції.

Згідно з нею, організм людини розглядається як відкрита система, стійкість якої відповідно до законів термодинаміки, перш за все, залежить від її енергетичного потенціалу, а існування забезпечується за допомогою безперервного процесу поглинання, акумулювання та використання енергії із зовнішнього середовища.

Щодо живого організму, то підкреслимо дві такі важливі закономірності:

- чим вищий енергетичний потенціал окремої клітини, органа, системи, тим ширший діапазон зовнішніх і внутрішніх пошкоджувальних факторів вони здатні витримати без ушкодження;

- можливість еволюції і вдосконалення живої системи забезпечується підвищенням інтенсивності аеробного енергоутворення, насамперед, за рахунок процесу дихання.

Вкажемо, наприклад, що константа інтенсивності утворення енергії за рахунок аеробно зумовлених процесів зростає з 0,09 мВт у найпростіших до 36,5 мВт у вищих приматів, а процес старіння людини прямо пов'язаний зі зниженням цього показника. Вже починаючи з 25 років, зміни вмісту мітохондрій у клітинах, активності ферментів клітинного дихання і гліколізу призводять до зниження цього критерію на 3-7,5 % кожні 10 років життя [7]. Власне такий підхід до оцінки стану організму людини дозволяє оцінити резерви біоенергетики системи і сформувані функціональні класи [9] (за аналогією з функціональними класами при ІХС), які встановлюються досить просто – за максимальними можливостями такого шляху енергоутворення і здатністю системи виконати певний обсяг фізичних навантажень.

Нагромаджений досвід експрес-оцінки рівня соматичного стану здоров'я індивіда [8] дозволяє досить-таки просто визначити “пори́г” аеробного потенціалу, який є “безпечним рівнем” соматичного здоров'я і дозволяє протистояти розвитку ендогенних факторів ризику або компенсувати їх негативний вплив. При цьому можна не застосовувати такі громіздкі методи оцінки, як спіроергометрія з газовим аналізом видихуваного повітря. Цей рівень характеризується максимальною аеробною потужністю (максимальним споживанням кисню не нижче 42 мл/(кг·хв) для чоловіків і 35 мл/(кг·хв) для жінок, показниками велоергометрії відповідно 3 і 2 Вт/(кг·хв) або часом пробігання 3 км до 14 хв у чоловіків і 2 км – до 11 хв у жінок). Такі сформовані функціональні класи найбільш адекватно характеризують стійкість організму до найрізнома-

нітніших несприятливих впливів [10]. Слід допустити також, що визначення рівня енергопотенціалу як інтегрального показника досконалості функціонування системи може служити і найбільш раннім критерієм [11] адекватності адаптаційних можливостей цієї системи, порогом, услід за яким послідовно розвиваються вищепераховані ендогенні фактори ризику, тобто формується патологічний процес, потім конкретизується його нозологічна форма. При цьому було доведено, що особи з високим потенціалом аеробного енергоутворення володіють і високими коронарним, метаболічним, гормональним, респіраторним резервами, а, значить, і стійкістю до розвитку різноманітних форм патології – від ішемічної хвороби серця і цукрового діабету до злоякісних новоутворів.

Таким чином, оцінка вихідного стану та контроль за динамікою зниження інтенсивності аеробного енергоутворення у конкретного індивіда дозволить не тільки спрогнозувати тривалість його життя, але і його якість, а корекція порушень гомеостазу на етапі змін тільки енергопотенціалу – чи не ідеальний і найефективніший шлях первинної профілактики неінфекційних захворювань.

3. З отриманням енергії із зовнішнього середовища тісно пов'язана проблема біополя людини. Незважаючи на певний скептицизм, його існування в даний час не викликає сумніву, а досягнення сучасної фізики та електроніки якраз свідчать, що певна частка майбутніх методів діагностики і лікування захворювань, а також підтримання і відновлення здоров'я може бути перенесена в площину біополя, визначення його складових, принципів формування та впливу на нього.

4. Ширше використання фактора харчування як найбільш вагомий ланки зв'язку організму з довкіллям не тільки для лікування неінфекційних захворювань, але і для їх профілактики. Досить згадати високу ефективність спеціальних дієт при патології серцево-судинної, видільної систем, патології печінки. Не менш парадоксальним є визнання поряд із концепцією про збалансоване харчування як основи здоров'я людини високої ефективності дозованого лікувального голодування (розвантажувально-дієтична терапія, РДТ) при нервово-психічних, серцево-судинних, алергічних захворюваннях, патології суглобів, печінки, обміну речовин.

Наш досвід застосування РДТ за різних форм патології організму людини дозволяє стверджувати, що вона є нате́пер є д и н и м немедикаментозним методом, який здатний зменшити в організмі

кількість функціонально неповноцінних клітин і тканин шляхом їх автолізу. Внаслідок фазного впливу різних періодів (розвантажувальний та відновний) на стрижневу систему, яка фактично забезпечує виживання організму, – “гіпоталамус – стовбура ретикулярна формація – амігдаликовий комплекс – септум – гіпокамп – неостріатум – епіфіз – неокортекс” і виникають більшість позитивних ефектів РДТ. Вони полягають у покращанні або нормалізації системної гемодинаміки, структурно-еластичних властивостей судинної стінки, регіонарного судинного тонуусу і мікроциркуляції, фазових змінах неспецифічної імунної реактивності (імунодепресія в розвантажувальному періоді та імуностимуляція в періоді відновного харчування) з кінцевим імуномодулюючим ефектом, зменшенні ступеня вираженості автоалергічних та аутоімунних реакцій, активації процесів перекисного окиснення ліпідів з одночасним підвищенням активності антиоксидантної системи захисту в розвантажувальному періоді та нормалізації процесів пероксидації ліпідів з одночасним стійким підвищенням активності антиоксидантної системи захисту у періоді відновного харчування), зниженні сироваткової концентрації холестерину ліпопротеїнів низької густини, нормалізації функцій підшлункової, щитоподібної залози та залози осі “гіпофіз-гонади” [12]. Таким чином, радикальний вплив РДТ на основні гомеостатичні системи, ступінь опірності тканин до гіпоксії може не тільки позитивно змінювати перебіг більшості захворювань людини, але і бути найефективнішим немедикаментозним методом їх первинної профілактики.

5. Подальша розробка засобів впливу на природні методи захисту живих систем, які виникли в процесі еволюції і спрямовані на збереження їх гомеостазу при взаємодії з нестабільним зовнішнім середовищем.

Найпоширенішою є адаптація – зміни ритму і рівня функціонування провідних гомеостатичних систем живого організму у відповідь на дію пошкоджувальних факторів екзо-або ендогенного походження. Ця всеохоплююча форма захисту систем від руйнування зустрічається у всіх відомих формах життя і практично ототожнюється з ним [13]. Зрозуміло, що реакції адаптації не можуть змінити ті провідні параметри, які визначають сутність системи. Зрозуміло також, що якщо дія збудувальних факторів за своєю силою або частотою перевищує можливості їх нейтралізації адаптаційними системами, то виникає полом цих сис-

тем і як наслідок – захворювання. Вплив же на механізми адаптації (підкреслимо – на механізми адаптації, а не на причину їх включення!), їх відновлення або покращання й лежить в основі більшості лікувальних і профілактичних методів (наприклад, застосування гіпотензивних, гіполіпідемічних, протизапальних засобів тощо). Вже така постановка питання автоматично допускає 100% можливість рецидиву захворювання, особливо у тих випадках, коли зберігається так звана “патологічна детермінанта” (за Ф.І. Комаровим). Ця детермінанта може реактивуватися за дії будь яких екзо-або ендогенних факторів різної інтенсивності, часто не зовсім зрозумілих.

Однак існують і інші види зв'язку системи з нестабільним зовнішнім середовищем. Вони мають назву “перехідних процесів” і домінують за впливу на систему короткотривалих, інтенсивних чинників. Вплив цих чинників характеризується значним відхиленням важливих параметрів гомеостазу від поточних значень, що у деяких випадках може призвести до руйнування системи [(наприклад, розширення води при її нагріванні до певного ступеня (процес адаптації системи) і перетворення води в пару при подальшому нагріванні (перехідний процес); посилене потовиділення при підвищенні температури тіла (реакція адаптації) і смерть організму при підвищенні температури тіла понад 42°C (перехідний процес)]. Якщо ж цього не сталося, то припинення дії викликає відхилення цих же параметрів у протилежний бік, знову ж, за межі норми. Такий перехід із одного крайнього стану в інший із затиханням амплітуди коливань (за типом маятника) усуває розрегулювання у даному випадку живої системи на всіх рівнях – від субклітинного до організменого. Якщо ж ці діяння повторюються з певною періодичністю, то повернення системи до вихідного стану стає недоцільним – виникає якісно новий стан системи, який характеризується значнішою досконалістю рівня її функціонування (готовність до блокування цих впливів). З механізмами перехідних процесів якраз і пов'язана висока ефективність РДТ, однак ці механізми поки що використовуються в медицині вкрай обмежено.

Слід зазначити, що ці два способи зв'язку таких об'єктів, як “система + система” або “система + середовище” мають універсальний характер і притаманні матеріальним структурам усіх рівнів організації. Вони визначають сутність усіх без винятку процесів на рівні атомного ядра і космосу, у живій та неживій природі, суспільстві, техніці, медицині тощо.

6. При аналізі реальних шляхів збереження здоров'я людей з позицій розуміння органічного нерозривного зв'язку здоров'я з чинниками довкілля, у намаганні визначити внутрішній еквівалент інтегральної реакції організму як цілого на постійні зміни довкілля сімейний лікар неминуче зустрінеться з проблемою синхронізації функцій провідних систем організму. Від фізіологічної за своєю сутністю короткотривалої десинхронізації до стійкого десинхронізу як типового патологічного процесу – ось шлях біоритму індивіда, розрегульованого внаслідок дії несприятливого фактора, що призводить або супроводжує процес формування тривалої хронічної хвороби. У зв'язку з цим не викликає сумніву необхідність врахування коливань ендogenousного компонента — індивідуального біоритму та його екзогенних модуляторів — геліогеофізичних факторів (збурення геомагнітного і гравітаційного полів, сонячна активність, місячні ритми, інші астрофізичні явища) у їх органічному динамічному взаємозв'язку [14]. Цілком очевидно, що реальний позитивний ефект від практичної реалізації особливостей взаємозв'язку організму з ритмокоригуючими чинниками довкілля (геліогеофізичними у тому числі) в системах збереження здоров'я стане можливим тільки за умов освоєння і впровадження в практику сучасних медичних комп'ютеризованих технологій. Безумовно, стрижневим висновком з уже набутого досвіду функціонування автоматизованих медичних комплексів і систем слід визнати той, що реалізація високоінформативних діагностичних алгоритмів в медицині можлива лише на основі використання вищевикладених теоретичних принципів фізіології функціональних систем.

Зазначимо також, що впровадження в медичну практику теоретичних положень кібернетичної медицини вимагає не тільки і не стільки вміння користуватися сучасною медико-технічною базою, як постійного практичного використання теоретичних знань сучасної науки і техніки взагалі і медицини – зокрема. Це стосується, наприклад, сучасних уявлень про інформаційні процеси в живому, у тому числі – проблемних питань реалізації фотобіологічної інформації [15], зокрема таких, як синтез в організмі під дією світла біологічно активних речовин, наприклад, вітаміну D₃, значущість фотодетермінованих функцій гіпофіза та епіфіза в забезпеченні синхронізації функцій організму як цілого. Не менш актуальним і перспективним, як уже вказувалося, є подальше вивчення діагностичних можливостей оцінки динаміки показників енерго-

обміну, а також переведення проблеми співвідношення патогенетичних механізмів хвороби та самогенетичних важелів її усунення з теоретичної площини в суто практичну.

Щодо перебудови форм і методів санітарно-просвітницької діяльності сімейних лікарів, то, на нашу думку, вони повинні відбуватися за такими напрямками:

- оволодіння навичками здорового способу життя в дитячому, підлітковому та юнацькому віці;

- формування навичок здорового способу життя у членів сім'ї, які об'єднані специфікою праці або укладу життя;

- формування навичок раціонального способу життя у членів сім'ї, які зазнають впливу одного або декількох факторів ризику внаслідок певних умов праці, проживання, особливостей харчування, питного режиму тощо;

- формування навичок раціонального способу життя у хворого члена сім'ї з метою зменшення впливу ризик-факторів на перебіг захворювання, максимального подовження періоду його активної творчої діяльності і життя.

Надзвичайно важливе значення в роботі сімейного лікаря як гаранта здорового існування сім'ї повинна відігравати розробка індивідуальної (для кожного члена сім'ї з урахуванням стану організму, довкілля, матеріального стану) програми первинної профілактики захворювань з провідними принципами:

- зміна пасивного ставлення до свого здоров'я (!);

- усунення впливу добре відомих пошкоджувальних факторів (куріння, вживання алкоголю, переїдання, гіподинамія, зловживання каваю);

- надання кожному члену сім'ї рекомендації щодо раціонального способу життя, вибору професії або її заміни з урахуванням результатів психофізіологічних та професійних тестів;

- індивідуальний вибір методів тренування механізмів самогенезу, наприклад, за допомогою клімато-бальнеотерапії, дії тепла або холоду, спеціальних дієт, курсів РДТ, вживання адаптогенів, антиоксидантів, вітамінів, впливу на біологічно активні точки, біополе тощо.

Зрозуміло, що не всі положення нашої роботи можуть бути сприйняті однозначно і відразу впроваджені в практику підготовки, а тим більше – роботи сімейного лікаря, частина їх вимагає подальшого вивчення та уточнення. Однак альтернативи більшості положень такої програми немає, а її реалізація буде сприяти покращанню здоров'я нації.

Висновки. Викладання основ і принципів первинної профілактики неінфекційних захворювань внутрішніх органів і пропаганди здорового способу життя для сімейних лікарів повинно бути відображенням нових підходів до концепції здоров'я людини та його оцінки. За умови зростаючого негативного впливу на здоров'я людини факторів довкілля та способу життя первинна профілактика неінфекційних захворювань

людини повинна ґрунтуватися на тренуванні механізмів саногенезу, тобто максимальному використанні можливостей реакцій адаптації та перехідних процесів, фактора харчування, геліофізичних факторів, біополя, притаманних кожній системі універсальних і чітко визначених біоритмів. Важливе значення слід надавати також новим принципам проведення санітарно-просвітницької діяльності.

Література

1. Масний З.П. Проблеми педагогіки медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 12-14.
2. Lamm G. The Cardiovascular Disease Programm of WHO in Europa. – Copenhagen, 1991. – 164 p.
3. Гульй М.Ф. Природа и биологическое значение некоторых метаболических приспособительных реакций организма. – К.: Наукова думка, 1977. – 253 с.
4. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. – М.: Медицина, 1980. – 160 с.
5. Мельник И.А. Курс клинических лекций по кардиологии. – Ужгород, 1976. – С. 15-19.
6. Гомеостаз / Под ред. П.Д. Горизонтова. – М.: Медицина, 1976. – 464 с.
7. Зотин А.И. Термодинамический подход к проблемам развития, роста и старения. – М.: Медицина, 1974. – 168 с.
8. Апанасенко Г.Л. Термодинамическая концепция профилактики хронических неинфекционных заболеваний // Тер. архив. – 1990. – № 12. – С. 56-59.
9. Cooper K. New Aerobics. – New York, 1990. – 192 p.
10. Агаджанян Н.А., Елфимов А.И. Функции организ-

ма в условиях гипоксии и гиперкапнии. – М.: Медицина, 1986. – 156 с.

11. Апанасенко Г.Л. Физическое развитие детей и подростков. – К.: Здоров'я, 1985. – 139 с.

12. Бакалюк О.И., Грималюк Н.В. Розвантажувально-дієтична терапія в клініці внутрішніх хвороб – чи є сьогодні альтернатива? // Розвантажувально-дієтична терапія і низькокалорійна дієта в клініці внутрішніх захворювань. Збірник матеріалів наукового симпозиуму 25-26 жовтня 2001 року. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 19-22

13. Фролов В.М. Уровни функционирования физиологических систем и методы их определения. – М.: Медицина, 1992. – 173 с.

14. Чижевский А.М. Эпидемические катастрофы и периодическая деятельность солнца. – М., 1930. – 172 с.

15. Демьяненко В.В., Демьяненко С.М., Стреляный В.П. и др. Некоторые теоретические аспекты биологической активности оптического излучения // Применение оптического излучения для профилактики и лечения заболеваний. Межвуз. сб. научн. тр. Мордов. ун-та. – Саранск, 1989. – С. 22-28.

УДК 619.9:61 (07)

ШЛЯХИ ПОКРАЩАННЯ ПІДГОТОВКИ СУБОРДИНАТОРІВ НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Г.Б. Матейко, Б.М. Дикий, Т.О. Нікіфорова, О.Я. Пришляк

Івано-Франківська медична академія

THE METHODS OF SUBORDINATES' TRAINING IMPROVEMENT AT THE CHAIR OF INFECTIOUS DISEASES

H.B. Mateyko, B.M. Dykiy, T.O. Nikiforova, O.Ya. Pryshliak

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

У роботі викладено досвід підготовки субординаторів за фахом “Лікар загальної практики” на кафедрі інфекційних хвороб, вказані шляхи удосконалення професійних вмінь і навичок. Відмічено, що найефективнішою формою підготовки майбутніх спеціалістів є робота з хворим.

An experience of subordinates' training by the speciality “Physician of general practice” at the chair of infectious diseases is presented in the article and it points out the methods of improvement of professional skills and abilities. It is noted that the most effective form of training of future specialists is a work with patients.

Вступ. Основною метою навчання студентів VI курсу на кафедрі інфекційних хвороб, які проходять підготовку в субординатурі за спеціальністю “Лікар загальної практики”, є формування знань, умінь і практичних навичок, необхідних для:

- ранньої діагностики інфекційних хвороб в умовах поліклініки і на дільниці;
- проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів на догоспітальному етапі і при лікуванні інфекційних хворих у домашніх умовах;
- діагностики невідкладних станів і надання невідкладної лікарської допомоги інфекційним хворим на догоспітальному етапі.

Тому в процесі підготовки на кафедрі субординатор повинен вміти:

- розпізнати інфекційну хворобу на ранніх стадіях і провести її диференційну діагностику з іншими інфекційними і, особливо, неінфекційними захворюваннями, що перебігають з синдромоподібною симптоматикою;
- вибрати оптимальні методи лабораторного та інструментального обстеження для підтвердження чи відміни діагнозу інфекційного захворювання;
- провести повний обсяг лікувально-профілактичних заходів інфекційним хворим, які лікуються в домашніх умовах;

- надати лікарську допомогу на догоспітальному етапі з подальшим направленням до лікаря-інфекціоніста хворих, які підлягають обов'язковій госпіталізації в інфекційний стаціонар [1, 2];

- своєчасно розпізнати невідкладні стани (гіповолемічний, інфекційно-токсичний, анафілактичний шоки, гостру дихальну недостатність, круп, набряк мозку, гостру печінкову недостатність, бульбарні розлади при ботулізмі) і надати невідкладну лікарську допомогу на догоспітальному і госпітальному етапах.

Набуття і закріплення субординатором вищенаведених практичних навичок та вмінь відбувається під час роботи в приймальному, діагностичному, профільних відділеннях інфекційної лікарні, а також у кабінеті інфекційних захворювань (КІЗ) поліклініки.

Основна частина. Особливо яскраво видно, як студент володіє практичними навичками, під час роботи в КІЗі. Біля третини майбутніх лікарів не завжди вміють правильно зібрати анамнез захворювання та епіданамнез, виділити головні симптоми, оцінити виявлені при обстеженні зміни в різних органах і системах, дані біохімічних досліджень крові, інтерпретувати і використати для діагностики сучасні методи обстеження. Часто виявляється невміння повністю обстежити хворих із гарячкою, лімфаденопатією, екзантемою. Недостатнє володіння практичними навичками під час роботи

© Г.Б. Матейко, Б.М. Дикий, Т.О. Нікіфорова, О.Я. Пришляк, 2002

в КІЗі стало основою для підсилення уваги до цього розділу практичної підготовки субординаторів. Ми вважаємо, що в умовах КІЗу найбільш реально оволодіння не тільки методами ранньої діагностики, але і проведення всього комплексу лікувальних і протиепідемічних заходів. Саме в умовах реальної лікарської діяльності можна закріпити і розширити базові знання, оволодіти основними навичками самостійної роботи. В КІЗі формуються й удосконалюються професійні вміння і навички з ранньої діагностики та лікування інфекційних захворювань, оволодіння методами профілактичних і протиепідемічних заходів, що проводяться в епідемічних осередках, засвоєння ведення медичної документації, яка оформляється при виявленні інфекційних хворих. Здійснюючи амбулаторний прийом хворих, субординатор виявляє провідні синдроми, визначає тактику лікування із врахуванням індивідуальних особливостей, супровідних захворювань, фонові патології, медикаментозної непереносимості. При роботі з хворим студент самостійно вирішує всі питання, пов'язані з діагностикою і наданням медичної допомоги. Це виробляє вміння орієнтуватися в реальній ситуації, розвиває і закріплює професійні навички, почуття відповідальності. Самостійна робота з обслуговування хворих проводиться в тісному контакті з лікарем КІЗу, який контролює адекватність та ефективність діагностики та лікування, правильність оформлення необхідної лікарської документації і з участю викладача, який є консультантом при проведенні диференційного діагнозу, виборі тактики діагностики і лікування. При виникненні утруднень викладач разом із студентами приймає хворого, здійснюючи при цьому ретельний розбір складної ситуації з виявленням та аналізом помилок і обговоренням даного випадку із всією групою. Найбільш повчальні випадки також розбираються в групі за участю всіх субординаторів.

Великого значення надаємо невідкладній допомозі при інфекційних хворобах на догоспітальному етапі. Основне завдання, яке стоїть перед інфекціоністом при зустрічі з важким хворим, – прийняти правильне тактичне рішення. На заняттях розглядається обсяг першої лікарської допомоги на догоспітальному етапі при різних інфекціях, доцільність раннього застосування окремих лікарських препаратів, правила транспортування. Основним завданням підготовки субординаторів з інфектології є своєчасна діагностика невідкладних станів та надання невідкладної медичної допомо-

ги. З невідкладними станами на практиці зустрічається кожний інфекціоніст. Щоб у лічені хвилини розібратися в діагнозі, необхідний високий рівень лікарського мислення, добрі знання дифдіагностики, вміння швидко орієнтуватися в скаргах і об'єктивних симптомах захворювання. Правильно встановлений діагноз визначає ефективність терапії і подальшу тактику ведення хворого. Для підвищення ефективності викладання невідкладних станів широко впроваджені в педпроцес активні методи навчання. Ми вважаємо, що кращою формою практичної підготовки студентів є робота біля ліжка хворого. При наявності пацієнтів з невідкладними станами заняття проводяться в реанімаційному відділенні. У процесі навчання на кафедрі студенти чергують в приймальному відділенні, де разом із черговим лікарем надають невідкладну допомогу з наступним звітом про проведену роботу на ранковій лікарській конференції. Там же дається критичний аналіз проведених заходів і детально обговорюються всі аспекти діагностики і лікування.

Проте студенти не мають можливості брати участь у наданні допомоги при всіх невідкладних станах. Велику допомогу в таких випадках надає вирішення ситуаційних задач, які дають можливість активізувати навчальний процес, підвищити інтерес до проблеми, сприяють розвитку лікарського мислення. Хороший ефект у формуванні знань і вмінь лікувати хворого дають лікувально-діагностичні алгоритми. Алгоритм – це система чітко визначених правил, виконання яких всуворій послідовності дозволяє прийти до правильного вирішення завдання. На практичному занятті в спільній бесіді зі студентом типу дискусії за круглим столом виробляється алгоритм діагностики і лікування кожного невідкладного стану. Він сприяє сумачії всіх раніше отриманих знань, активізує навчання, удосконалює навички роботи з літературою, вміння орієнтуватися у великому обсязі інформації, проводити аналіз отриманих даних. Застосування діагностично-лікувального алгоритму передбачає розбір конкретної клінічної ситуації за схемою [3, 4]:

- виділення головних симптомів;
- визначення патогенетичного взаємозв'язку симптомів із виділенням синдромів, які зумовлюють тяжкість стану хворого;
- підбір лікувально-діагностичних заходів на основі головних синдромів.

Спочатку субординатори засвоюють схему алгоритму, а потім виконують його в матеріалізованій

формі (ситуаційна задача) з наступним обговоренням помилок та недоліків при його здійсненні. Тільки після цього алгоритм повторюють у правильній формі і розробляють критерії контролю правильності дій з подальшою їх автоматизацією. В подальшому розроблений алгоритм багаторазово повторюється на практиці біля ліжка хворого, під час чергувань у клініці.

Для підвищення рівня підготовки студентів поряд з оптимізацією навчання велике значення має удосконалення форм контролю знань. Багаторічний досвід викладачів нашої кафедри свідчить про достатню ефективність тестового контролю навчання в субординатурі. Тестовий контроль проводиться систематично: вихідний, проміжний, рубіжний та підсумковий контроль. У перші дні перебування студентів у клініці визначають їх вихідний рівень знань, включаючи невідкладні стани. Результати тестування дозволяють оптимізувати індивідуальні плани підготовки для кожного субординатора. Невідкладна допомога оцінюється за допомогою розв'язування конкретних ситуаційних задач третього рівня, теоретичної співбесіди про основні принципи організації невідкладної допомоги, об'єму роботи, виконаної студентом на самостійних чергуваннях, письмового звіту про проведену роботу в щоденнику субординатора.

За кожною темою закріплено конкретний перелік знань, умінь і практичних навичок. При оцінці роботи студента асистент виставляє дві оцінки: одну – за знання теми навчальної програми, другу – за оволодіння програмою практичної підготовки. Тематич-

ний план побудований так, що останнє заняття відводиться відпрацюванню і контролю навичок та вмінь.

Інфекціоністу часто доводиться вирішувати задачі з недостатніми або надлишковими даними, які важко піддаються логічному аналізу. В таких ситуаціях допомагає інтуїція (вибір правильного рішення без побудови ланцюга логічних умовиводів), яка базується на глибокій теоретичній і практичній підготовці. Формування інтуїції у студентів як поєднання свідомих та підсвідомих механізмів мислення ми розвиваємо шляхом регулярного вирішення проблемних задач, в яких умови є неповними або надлишковими. Студенти, які самостійно вирішують такі задачі, отримують оцінку "відмінно".

Заключний контроль знань проводиться в три етапи: тестовий контроль, вирішення ситуаційної задачі і здача практичних навичок. Іспит після закінчення субординатури свідчить про якість підготовки лікаря та його професійну придатність. Оцінюються такі рівні знань випускника: перевірка теоретичного рівня за принципом питання – відповідь – оцінка; оцінка здатності до аналітичного мислення, контроль вміння виконувати практичні навички; оцінка вміння приймати рішення.

Висновки. Таким чином, діяльність викладача і субординатора при вивченні інфектології передбачає синтез трьох складових: великого обсягу клінічних знань, практичних лікарських навичок і високого рівня розумових вмінь. При цьому традиційні методи навчання є унікальними і найважливішими.

Література

1. Андрейчин М.А., Ішук І.С., Луцук О.С. та ін. Сучасні проблеми підготовки студентів з інфектології // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах освіти I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Тез. доп. наук.-метод. конф. – Тернопіль, 1999. – С. 274.

2. Ватченко В.О., Тимофєєв М.М., Сакович М.М., Цинова Т.Д. Про форми контролю знань студентів // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах освіти I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Тез. доп. наук.-метод. конф. – Тернопіль, 1999. – С. 687.

3. Лігоненко О.В, Гірін Л.В. Об'єктивізація підготовки студентів і шляхи її вирішення в сучасних умовах // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах освіти I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Тез. доп. наук.-метод. конф. – Тернопіль, 1999. – С. 232.

4. Малий В.П. Інфекційні хвороби в практичній діяльності лікаря загальної практики (особливості переддипломної та післядипломної підготовки) // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах освіти I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Тез. доп. наук.-метод. конф. – Тернопіль, 1999. – С. 596-597.

УДК 613.1(477)

ВПЛИВ НАВКОЛИШНЬОГО ПРИРОДНОГО СЕРЕДОВИЩА НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ У 1970-1990-Х РОКАХ

Р.Ю. Чигур

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

THE INFLUENCE OF ENVIRONMENT ON HEALTH STATE OF WESTERN UKRAINIAN POPULATION IN 1970-1990

R.Yu. Chyhur

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

У статті викладено результати дослідження проблеми, які спричинили погіршення стану здоров'я населення регіону упродовж 1970-1990-х років внаслідок технологічного навантаження на природні ресурси, що у свою чергу призвело до забруднення довкілля. Стабілізація екологічної системи в регіоні можлива за умови, коли проблемами екології будуть перейматися державна влада та громадяни України.

This article deals with the problems which caused the decreasing of health state of the population of the region during 1970-1990 as the result of technological using of natural resources, which caused in its turn the pollution of environment. Stabilization of ecological system in the region is possible when the ecological problem will be taken into consideration by state authority and Ukrainian citizens.

Вступ. Поруч із негативними процесами, які відбуваються у сфері забруднення повітря, водних, земельних, лісових ресурсів, техногенна діяльність має свою специфіку, яка, крім цих компонентів, пов'язана з іншими, не менш важливими соціально-екологічними чинниками, що негативно впливають і на стан природи, і на стан самої людини. Кризовий стан економіки, забрудненість довкілля негативно позначаються на стані здоров'я людини.

Основна частина. Так, наприкінці 80-х рр. через загальний викид в атмосферу забруднюючих речовин складав 105 млн. тонн за рік, на кожну людину в СРСР їх припадало понад 350 кг [1]. Шкідливі речовини відпрацьованих газів автомашин мають негативний вплив на стан здоров'я населення, що призводить до загострення хронічних захворювань дихальної системи, онкологічних хвороб, затримання росту і розвитку дитячого організму. Окиси вуглеводнів у крові людини викликають головний біль, знижується працездатність, погіршується увага, а при концентрації його вмісту понад 1 % виникають атеросклероз, ураження центральної нервової системи, захворювання легень, інфаркт міокарда [2]. Іншим негативним чинником,

що погіршує здоров'я людини, є надмірне застосування нітратів, які потім потрапляють у продукти харчування. Так, 70-80 % нітратів надходять в організм людини з овочами, 15-20 % – з питною водою, 5-10 % – із фруктами, ягодами, молочном'ясними продуктами [3]. Проте, незважаючи на таку загрозу для людини кількість вживаних пестицидів, в СРСР упродовж 70-80-х рр. продовжувалось нарощування внесення кількості пестицидів у землю. Про їх наслідки населення не знало, оскільки така інформація була у більшості випадків закритою для суспільства. Влада приховувала справжні екологічні процеси, які могли негативно позначитись на стані здоров'я населення і це, безперечно, є злочином перед власним народом.

Так, у Волинській області застосування ядохімікатів щороку зростало, їх припадало 3,7 кг на одну людину. У картоплі Івачевського району було зафіксовано 18,8 % ядохімікатів, Горохівського – 13,3 %, морква Івачевського району містила 56,3 % ядохімікатів, Горохівського – відповідно 40 %, Луцького – 37 %, Любесівського – 33 % [4]. Для Волинської області наприкінці 80-х рр. було характерним зростання бронхітів, серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних захворювань. У 1988 р. спостерігалось

© Р.Ю. Чигур, 2002

зниження дитячої народжуваності на 2,8 % та збільшення смертності на 2,7 %, природний приріст населення знизився на 11,8 % [5]. Це пояснювалось хворобами системи кровообігу, отруєнням, а причинами дитячої смертності були уроджені аномалії, від яких померло 52,8% всіх дітей до одного року. Такий же стан спостерігався і в сільській місцевості, де широко застосовували пестициди, через що у дітей спостерігались порушення нервової та ендокринної систем, органів дихання, травлення [6]. Саме негативний екологічний стан у Волинській області став причиною росту онкологічних, легеневих та інших захворювань, які негативно позначаються на стані здоров'я майбутніх поколінь.

Забрудненість навколишнього природного середовища призвела до того, що протягом 1975-1981 рр. в Україні загальна захворюваність щорічно збільшувалась на 1,3-1,6 млн. випадків. У 1970 р. в Україні із 1000 жителів помирало – 9, а у 1979 р. – вже 11 чоловік. Середня тривалість життя скоротилась за цей час у чоловіків з 66,4 р. до 64,9 р., у жінок з 74,5 р. до 73,9 р., 6-10% народжених дітей матимуть різні види аномальних відхилень у розвитку, найближчим часом, за прогнозами вчених, в Україні з'являться близько 5 млн. дітей із спадковими дефектами [7].

Аварія 26 квітня 1986 р. на Чорнобильській атомній електростанції за масштабами нанесеної шкоди належить до найбільших техногенних аварій в історії людства. Викиди значного обсягу радіоактивних речовин у довкілля глибоко вплинули на екологію величезного регіону планети, уклад життя і здоров'я людей. Після аварії, як відомо, офіційна влада наклала заборону на будь-яку інформацію стосовно її наслідків, у тому числі й медичних. Було засекречено дані про захворюваність, результати лікування, ступінь радіоактивного опромінення персоналу, який брав участь у її ліквідації, дані про рівні радіаційного забруднення окремих населених пунктів, про показники фізичної працездатності й втрату професійних навичок експлуатаційним персоналом тощо. Серед головних медичних наслідків слід відзначити загальне погіршення здоров'я, ураження щитоподібної залози, особливо у дітей, захворювання крові та кровотворної системи, вегетосудинні дистонії та імунodefіцитні прояви, що навіть одержали назву “Чорнобильський СНІД” [8].

Чорнобильська катастрофа значною мірою вплинула й на Західний регіон України. Так, у Дубовецькому, Рокитнівському, Заречнянському, Владимирецькому районах Рівненської області було зафіксовано підви-

щений рівень вмісту радіоцезію в організмі дорослих і дітей, загальна кількість яких складала у 1986 р. 25-27 тисяч чоловік. Діти, із захворюванням щитоподібної залози, склали 47,7%, на функціональні зміни в системі крові – 28,6%, із захворюванням органів травлення – 25,2% [9]. У 1986 р. масові інфекційні захворювання спостерігались у Закарпатській, Львівській областях, в той же час Міністерство охорони здоров'я СРСР заявляло, що не може виділити додаткові фонди на медичні ліки через відсутність резерву [10]. Негативний вплив на довкілля визначало антропогенне перевантаження території [11].

На Тернопіллі в 70-х рр. однією із проблем було забруднення отрутохімікатами, особливо препаратами ДДТ сільськогосподарської продукції. Так, якщо в 1971 р. загальний відсоток забруднення харчових продуктів препаратами ДДТ становив 2,4%, то в 1972 – 3%. Особливо ними були забруднені продукти тваринництва – молоко, молочні продукти, м'ясопродукти. Якщо в 1971 р. загальний відсоток забрудненості становив 3,2%, то у 1972 р. – 4,6%. У 1974 р. було виявлено препарати ДДТ в маслі Вишневецького, Кременецького, Шумського маслозаводів, у молоці колгоспів Збараського і Чортківського районів. Ці препарати ДДТ були виявлені і в жіночому грудному молоці у Заліщицькому, Тербовлянському, Гусятинському районах. Хоч у 1972 р. було заборонено використовувати ДДТ, але вони і надалі продовжували застосовуватись колгоспами Гусятинського, Монастирського, Збараського, Чортківського, Бучацького районів [12]. Через порушення правил зберігання отрутохімікатів та їхньої непридатності препарати ДДТ, гексахлорану, поліхлорпінену були виявлені в річках Горинь, Іква, Золота Липа, Дністер, Коропець, мало місце також отруєння дітей одного із сіл Бережанського району, а в 1974 р. в ряді сіл Тербовлянського і Бучацького районів були виявлені препарати ДДТ і гексахлорану в питній воді, у Шумському районі, як показали дослідження, лікарські рослини також були забруднені отрутохімікатами [13]. Зазначені недоліки були наслідком того, що в окремих господарствах на посадах агрономів по захисту рослин працювали малокваліфіковані спеціалісти з середньою освітою, а у Збараському, Зборівському, Підволочиському, Козівському районах ці посади були скорочені і обов'язки агрономів по захисту рослин виконували головні агрономи колгоспів [14]. Отже, через недалекоглядну, непродуману політику влади її наслідки позначились на стані здоров'я населення і такі випадки були непоодинокими [15].

Стан здоров'я населення області погіршується, коефіцієнт народжуваності у 1998 р. знизився до 10,5 на 1000 жителів, що на 3,6% менше, ніж у 1997 р. (10,9%), та на 24% – ніж у 1992 р. (13,8%). Коефіцієнт смертності у 1997 р. становив 14,9%, у 1998 р. – 13,6%. Число померлих перевищує число народжених, починаючи з 1992 р. [16]. У 1999 р. коефіцієнт народжуваності знизився до 9,7% на 1000 жителів, що на 7,8% менше, ніж у 1998 р. (10,5%), та на 29,7%, ніж у 1992 р. (13,8%). А коефіцієнт смертності зріс до 14,3% – на 5,1% більше, ніж у 1998 р. (13,6%). Особливо збільшилось, порівняно з 1998 р., число захворювань серед підлітків, на 10 тис. населення у 1999 р. виявлено 32,28 захворювань системи кровообігу, 27,33 – захворювань органів дихання, 11,53 – хвороб ендокринної системи [17].

Найбільшу небезпеку для здоров'я населення Закарпаття викликає забрудненість атмосферного повітря і питної води. Так, основні автомобільні магістралі проходять через житлову забудову населених пунктів, що призводило до збільшення запиленості, особливо небезпечний стан склався наприкінці 70-х рр. у м. Хустів [18]. Вода в багатьох випадках не відповідає нормам ГОСТу і була причиною захворювань на гострі кишкові інфекції у Тячівському, Воловецькому, Перечинському районах. Питна вода в Мукачівському районі була забруднена на 63,7%, у В. Березнянському – 66%, Міжгірському – 57,7%, Воловецькому – 55,3%, Ужгородському – 55,7% [19]. Для області була актуальною і висока концентрація отрутохімікатів у продуктах харчування у Рахівському, Виноградівському, Берегівському, Свалявському, Тячівському, Ужгородському районах [20].

Негативно позначається на стані здоров'я населення і виробничий шум. З його дією пов'язують захворювання серця, підвищення тиску крові, порушення травлення, виразку шлунка, психічні захворювання. Шум знижує працездатність людини на 10-15% і скорочує життя на 10 років. Підвищення рівня шуму у 1982 р. спостерігалось на 40% підприємств області. Масове застосування антибіотиків у медицині, тваринництві, харчовій промисловості викликало появу алергічних захворювань та різноманітних інфекцій. Як показали дослідження того часу, в 1,5–2,5% молока у Мукачівському, Свалявському районах було виявлено антибіотики. Упродовж 80-х рр. не спостерігалось покращання стану довкілля, що негативно відбилося на стані здоров'я населення наприкінці 1990 рр. та призвело до погіршення демографічної

ситуації. У 1999 р. народжуваність склала 10,8% на 1 тис. населення і є нижчою, порівняно з 1998 р. (11,8%), рівень смертності на тисячу населення зріс від 10,7% у 1998 р. до 11,1% у 1999 р. [21].

Сучасний промисловий потенціал Івано-Франківської області негативно впливає на стан довкілля та на здоров'я людей. Так, у Тисменицькому районі вище середньообласних показники загальної захворюваності, хвороб органів дихання, бронхіальної астми. В Коломийському районі високі показники захворюваності дітей на хвороби крові та кровотворних органів, анемії, хвороби органів дихання. В Калуському районі, крім цих хвороб, великі показники захворюваності на дерматит, ускладнень вагітності, пологів, у дітей – уроджені аномалії. Народжуваність продовжує зменшуватись. Якщо у 1997 р. на тисячу жителів припадало 11,6% новонароджених, то у 1998 р. – 10,8%, у 1999 р. – 10,0%, поруч з цим смертність населення залишається на високому рівні: на 100 тис. населення у 1997 р. всього померло 1239,7 чол. у 1998 р. – 1120,0 чол., у 1999 р. – 1180,08 чол. [22]

Починаючи з 1990 р., в області зростає захворюваність на туберкульоз, перевищуючи середній рівень по Україні. Поширеність хвороб у 1999 р., порівняно з 1998 р., зросла на 13,4% в тринадцяти районах області, особливо критичний стан в Демидівському, Корецькому, Зарічянському, Костопільському, Рівненському районах. Поширеність хвороб органів дихання переважала середньообласний рівень у Млинівському, Дубровицькому районах, хвороби системи кровообігу – в 9 районах області [23]. Також зросла кількість хвороб, пов'язаних із ендокринною системою, органів травлення, кістково-м'язовою системою [24]. У 1999 р. кількість померлих перевищувала кількість новонароджених в 11 районах області [25].

Екологічними проблемами Рівненщини на сучасному етапі є радіоактивне ураження більшості населених пунктів внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Це призводить до високого коефіцієнта переходу радіонуклідів з ґрунту в рослини, що, в свою чергу, інтенсивно накопичує радіонукліди, небезпечні для життя і здоров'я, у життєво важливих органах. Діяльність промислових підприємств і недосконалість діючих систем очищення призводять до утворення техногенних аномалій важких металів, нітритів, нітратів, органічних шкідливих сполук, як правило, розташованих поблизу населених пунктів [26].

У Львівській області триває процес зниження на-

роджуваності населення. Якщо цей показник на 1000 чол. населення у 1994 р. становив 11,8 %, у 1997 р. – 10,2 %, то у 1998 р. – тільки 10,0 %, проте показник смертності, порівняно з 1997 р., дещо зменшився [27].

Екологічні умови, що склалися в Чернівецькій області за останні роки, негативно впливають на демографічну, санітарно-епідеміологічну ситуацію, стан здоров'я населення. Зростає розповсюдженість захворювань системи кровообігу, органів дихання, ендокринної системи, розладу харчування, порушення обігу речовин. Поширеність хвороб крові, кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму найвищою була в 1997 р. Рівень загальної захворюваності почав зростати у 1999 р. Зменшилась народжуваність серед населення: якщо у 1995 р. вона складала 12,5 %, то у 1999 р. – 10,4 %. Кількість померлих

перевищує кількість новонароджених: якщо у 1995 р. цей показник складав 12,7 %, то у 1999 р. – 12,6 %, дитяча смертність у 1995 р. складала 15,9 %, а у 1999 р. – 11,4 % [28].

Висновки. Таким чином, екологічні проблеми Західного регіону України повністю пов'язані із діяльністю людини. У радянський період влада повністю нехтувала і приносила у жертву здоров'я населення, довкілля, лише дбаючи про зростання економічних темпів росту виробництва, продукції. Але на сучасному етапі не видно, щоб були зміни діяльності у позитивний для довкілля бік, усе залишається на такому ж рівні, як і в попередні роки. Проте слід пам'ятати, що відтягування вирішення нагальних екологічних проблем може у майбутньому призвести до непоправної екологічної катастрофи, яка безпосередньо торкнеться кожного з нас.

Література

1. Державний архів Волинської області (далі – ДАВО), ф.2244, оп.4, спр. 7 “Документи з охорони навколишнього природного середовища за 1986-1990 рр.”. – Арк. 51.
2. Там же. – Арк. 56.
3. Там же. – Арк. 63.
4. Там же. – Арк. 63.
5. Там же. – Арк. 67.
6. Там же. – Арк. 67.
7. Там же. – Арк. 67.
8. Центральний Державний архів громадських об'єднань України (далі ЦДАГОУ), ф.1, оп. 25, спр. 2262 “О возможных генетических последствиях загрязнения окружающей человека среды в УССР.” – Арк. 6,8.
9. Васюта С.І. Радянський екоцид в Україні: історичні витоки, труднощі подолання. – Тернопіль: СМП “Астон”, 2000. – С.88-119.
10. ЦДАГОУ, ф.1, оп. 25, спр. 3336 “Доповідні записки, інформації ЦК КПРС, Міністерства охорони здоров'я, Раді Міністрів УРСР про радіоактивність оточуючого середовища, інших питань охорони здоров'я”. – Арк. 29,81-82.
11. ЦДАГОУ, ф.1, оп. 25, спр. 2986 “Доповідні записки Міністерства охорони здоров'я УРСР Раді Міністрів УРСР про стан здоров'я населення в країні”. – Арк. 26,67.
12. Державний архів Тернопільської області, ф. 3307, оп.1, спр. 124 “Информации, справки по вопросу охраны атмосферного воздуха в области за 1974 год”. – Арк. 21.
13. Там же. – Арк. 22.
14. Там же. – Арк. 23.
15. ДАТО, ф. 3307, оп. 1, спр. 52. “Матеріали науково-технічної конференції з охорони і раціонального використання природних ресурсів області за 1970 рік”. – Арк. 111.
16. Поточний архів Держуправління екобезпеки у Тернопільській області, ф. пост. зб., оп.1, спр. “Стан навколишнього природного середовища у Тернопільській області за 1999 рік”. – Арк. 21.
17. Поточний архів Держуправління екобезпеки у Тернопільській області, ф. пост. зб., оп.1, спр. “Стан навколишнього природного середовища у Тернопільській області за 1998 рік”. – Арк. 6.
18. Державний архів Закарпатської області, ф. 2318, оп.1, спр. 285 “Інформація про хід роботи щодо взяття на облік об'єктів, які забруднюють навколишнє середовище”. – Арк. 130.
19. Державний архів Закарпатської області, ф. 2318, оп.1, спр. 285 “Інформація про хід роботи щодо взяття на облік об'єктів, які забруднюють навколишнє середовище”. – Арк. 126.
20. Державний архів Закарпатської області, ф. 2318, оп.1, спр. 285 “Інформація про хід роботи щодо взяття на облік об'єктів, які забруднюють навколишнє середовище”. – Арк. 128.
21. Там же. – Арк. 129-130.
22. Поточний архів Держуправління екобезпеки в Івано-Франківській області, ф. пост. зб., оп.1, спр. “Стан навколишнього середовища в Івано-Франківській області за 1999 рік”. – Арк. 111-112.
23. Державний архів Рівненської області, ф. 2275, оп.1, спр. 325 “Документы о работе секции Ровенского УТОП по охране окружающей среды за 1981 год”. – Арк. 54-55.
24. Поточний архів Держуправління екобезпеки у Рівненській області, ф. пост. зб., оп. 1, спр. “Доповідь про стан навколишнього природного середовища у Рівненській області за 1999 рік”. – Арк. 66.
25. Там же. – Арк. 69.
26. Там же. – Арк. 78.
27. Поточний архів Держуправління екобезпеки у Львівській області, ф. пост. зб., оп. 1, спр. “Річний звіт – 1998. Матеріали до Національної доповіді”. – Арк. 7.
28. Поточний архів Держуправління екобезпеки у Чернівецькій області, ф. пост. зб., оп. 1, спр. “Інформація по Чернівецькій області за 1999 рік до Національної доповіді про стан навколишнього природного середовища в Україні”. – Арк. 57.

УДК 612.14.05

СТУДЕНТСЬКИЙ НАУКОВИЙ ГУРТОК І ВИКЛАДАННЯ ПСИХІАТРІЇ

В.С. Бітенський, В.А. Пахмурний, М.Л. Міловідова, М.Б. Коробіцина,
О.А. Гоженко, Г.Б. Тхоржевська

Одеський державний медичний університет

STUDENTS SCIENTIFIC CIRCLE AND TEACHING OF PSYCHIATRY

V.S. Bitensky, V.A. Pakhmurny, M.L. Milovidova, M.B. Korobicina,
O.A. Gozhenko, G.B. Tkhorzhevskaya

Odessa State Medical University

Студентський науковий гурток – один із засобів викладання психіатрії у медичному закладі. Це – елективна форма навчання, що дозволяє отримати більш глибокі знання предмета та удосконалитись у питаннях психодіагностики, практично ознайомитись із основними психокорекційними методиками. Він також є осередком, куди студенти звертаються із своїми психологічними проблемами та одержують відповідну консультацію. Наведені результати дослідження психологічних особливостей студентів, які відвідують психіатричну секцію СНТ.

The students scientific circle is the kind of teaching psychiatry in medical university. The circle is an elective form of education that allows getting deeper knowledge of object. Psychological features of students visiting the section of psychiatry were researched. The circle allows the students to perfect themselves in question of psychodiagnostics and acquaint themselves with basic psychocorrection methods.

Вступ. У літературі обговорювалась проблема викладання психіатрії студентам медичних вузів [1, 3]. Ці дані стосуються переважно удосконалення методики викладання предмета на практичних та лекційних заняттях. У той же час такій формі навчання, як студентський науковий гурток, не приділено належної уваги. Вона, на наш погляд, стає особливо актуальною в умовах зміни навчальної програми у зв'язку із впровадженням у клінічну практику МКХ-10 поряд із поступовим зменшенням навчальних годин в курсі психіатрії. Університетські бібліотеки поки що не в змозі забезпечити основну масу студентів сучасними посібниками, а ті, що з'являються на книжкових полицях, далеко не завжди повною мірою відповідають вимогам, які ставляться до навчальної літератури. Крім того, внутрішня логіка сучасної класифікації хвороб (10-й перегляд) не збігається з логікою формування основних парадигм класичної психіатрії, без розуміння яких студентам вкрай важко опанувати предмет. Один із характерних прикладів – доля такої довершеної в плані її специфічності та самостійності нозологічної форми, як інволюційний психоз, яка в

новій класифікації “розчинилась” щонайменше в трьох рубриках. Студентові також важко розібратись у складному лабіринті рубрики F-3 без попереднього ознайомлення з дещо схематизованими поняттями “ендогенна депресія”, “екзогенна депресія” та “реактивна депресія”. Гурток, який є елективною, необов'язковою формою навчання, не тільки дозволяє отримати більш глибокі знання, що виходять за межі університетської програми, але й допомагає зрозуміти сучасний стан науки про психічні та поведінкові розлади через “історичну призму” формування світогляду у психіатрії.

Основна частина. Досвід останніх десяти років використання цієї форми навчання на кафедрі психіатрії та медичної психології Одеського державного медичного університету дозволяє зробити певні висновки щодо вдосконалення організаційних та ідеологічних підвалин функціонування психіатричної секції студентського гуртка як форми оволодіння фахом з одного боку, та з іншого боку – як засобу психологічної корекції наявних у студентів особистісних проблем.

Психіатрична секція студентського наукового гуртка завжди користувалась популярністю у студентів ОДМУ, на кожному засіданні були присутні

© В.С. Бітенський, В.А. Пахмурний, М.Л. Міловідова та ін., 2002

не менше 25 студентів різних курсів. Засідання проходили у неформальному оточенні, з участю не лише студентів, але й лікарів-інтернів, психологів, будь-яких зацікавлених осіб. Кожний із присутніх звичайно був спроможний внести свої пропозиції щодо питань організації, тематики засідань, не передбачених рутинною навчальною програмою. Крім того, як відомо, позитивний емоційний компонент сприяє більш глибокому запам'ятовуванню отриманих знань, в той час як на звичайному практичному занятті дуже часто спрацьовує принцип “забув, здав, забув”.

У цілому, кожні збори гуртківців складались із таких частин:

1) теоретичний розділ, де розглядалась як загальноконцепційна тематика, так і питання спеціальної психопатології;

2) клінічний розбір тематичного хворого;

3) сторінки творів визначних вітчизняних та зарубіжних психіатрів (наукова спадщина), есе (патографії визначних людей: художників, письменників, поетів);

4) навчання різних психокорекційних програм шляхом тренінгів, оволодіння методами психодіагностики.

Особливою популярністю користувався такий розділ засідання, як психологічний тренінг, наприклад, застосування нейролінгвістичного програмування для вирішення особистісних проблем, психологічні дослідження з картами Зеннера, тренінги із психосинтезу, імажинативно-динамічна психотерапія тощо.

Із метою детальнішого ознайомлення з явищем «студентський гурток», пошуку засобів збільшення чисельності учасників, а також навчання використання ними різноманітних тестових методик на ряді засідань гуртка нами було проведено анонімне експериментально-психологічне дослідження 38 учасників (у віці від 20 до 25 років). Використані

такі методики: діагностика міжособистісних стосунків Т. Лірі, дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера, а також проєктивна методика Роршаха з метою поглиблення уявлення про структуру особистості студентів.

Крім цього, усі гуртківці заповнювали анонімну анкету, спрямовану на визначення провідної мотивації відвідування гуртка:

√ я відвідую гурток, щоб покращити якість своїх знань із психіатрії та психології (52,6 %);

√ я відвідую гурток, щоб викладач звернув на мене увагу – наслідком буде більш висока оцінка на екзамені (10,5 %);

√ я відвідую гурток, щоб вирішити свої власні психологічні проблеми (21,1 %);

√ інша мотивація (15,8 %).

Цікаво відмітити, що у графі “інша мотивація” пролунав такий мотив, як “мене приваблює особистість керівника гуртка” – очевидно, особистісні якості викладача відіграють неабияку роль у зацікавленні студентів.

Методика діагностики міжособистісних стосунків (Т. Лірі), призначена для вивчення стилю, структури інтерсоціальних кореляцій та їх особливості, виявила такі зони конфліктності. Актуальне “Я” у більшості досліджуваних відрізнялося великою варіабельністю – від егоїстичного, агресивного до недовіжливо-скептичного, підлеглого та залежно-покійного. У той же час Ідеальне “Я”, до якого були спрямовані поривання обстежуваних студентів, характеризувалося відносною однорідністю: більшість хотіли бачити себе авторитарними (володарююче-лідуючий тип стосунків у соціумі) і одночасно альтруїстами (відповідально-великодушний тип). Значні розходження оцінки Актуального та Ідеального “Я” є причиною вираженого внутрішньоособистісного конфлікту, що підтвердилося високими показниками особистісної тривожності у більшості досліджуваних (див. табл. 1).

Табл. 1. Ступінь особистісної тривожності у досліджуваних

Реактивна тривожність	Особистісна тривожність		
	Низький рівень	Помірний рівень	Високий рівень
Низький рівень	5,3 %	47,4 %	21,1 %
Помірний рівень	0,0 %	5,3 %	10,5 %
Високий рівень	0,0 %	0,0 %	10,5 %

Порівняно з контрольною групою, у гуртківців достовірно частіше зустрічалось поєднання низької реактивної тривожності з помірною (47,4%) та високою (21,1 %) особистісною тривожністю

($p=0,05$). Майже в три рази рідше відмічалось сполучення помірних та високих рівнів за обома шкалами (26,3%). Поєднання ж помірної та високої реактивної тривожності з низькою особистісною не

зустрічалося взагалі. Очевидно, ці дані свідчать про формування в осіб, що проявляють зацікавленість психіатрією та психологією, патернів поведінки, які підвищують адаптаційні можливості особистості, тим самим знижуючи рівень реактивної тривожності.

Дослідження структури особистості членів гуртка за методикою Роршаха у процесі практичного її освоєння показало, що превалюють такі характеристики, як “високий інтелектуальний рівень”, “емоційний інтроверт”, “труднощі спілкування з людьми”, “приховані проблеми в міжособистісних стосунках”, “потреба в любові та прив’язаності”, тобто у більшості обстежених є психологічні проблеми, пов’язані з самооцінкою та труднощами у сфері спілкування.

Після формування довірливих стосунків дехто з членів гуртка звертався до керівника з проханням дати оцінку їх особистісних проблем і при необхідності провести корекцію. Так, студентка Є. підготувала до одного із засідань патографію французького художника Вінсента Ван-Гога. Робота була виконана надзвичайно прискіпливо з урахуванням найменших подробиць життя митця. Під час доповіді, коли мова зайшла про найдраматичніші моменти біографії Ван-Гога, студентка Є. несподівано зупинилася. Клінічно у неї спостерігався абсанс. Надалі вона розповіла керівнику гуртка, що подібні стани в неї наявні з 15-річного віку й поєднані, як правило, з емоційними переживаннями. Було призначене відповідне протиепілептичне лікування, студентка Є. успішно закінчила університет.

Звичайно, наші гуртківці виконують і самостійні дослідницькі роботи як в рамках загальнокафедральної тематики, так і ініціативні. Ми заохочуємо творчі інтереси студентів, самостійний пошук проблем, які варті того, щоб у них заглибитись. Так, наприклад, гуртківці М. та А. під час відвідування геріатричного будинку-інтернату, де разом мешкають жінки похилого віку та ті молоді особи з інтелектуальною недостатністю, що втратили родинні зв’язки, стали свідками та навіть були втягнуті в конфлікт між двома різновіковими угрупованнями,

члени кожного з яких виявляли ознаки когнітивного дефіциту. Зацікавившись проблемою, студентки не тільки вивчили “анатомію” конфлікту, але й розробили ефективну програму керування ним, яка була втілена у практику.

Теми, над розробкою яких працювали гуртківці, досить різноманітні:

- √ адаптаційні можливості студентів і особливості вегетативної регуляції в умовах екзаменаційного стресу (лонгітудинальне, протягом 4-х років дослідження);

- √ порівняльна характеристика особливостей адаптації іноземних студентів (арабів та індусів) до навчання у медичному навчальному закладі;

- √ особливості адаптації в екстремальних умовах учасників дальнього шлюпкового походу;

- √ вплив змінених соціальних умов на суїцидальну поведінку осіб, госпіталізованих у психіатричну лікарню з приводу незакінченого суїциду;

- √ програма превенції суїцидальної поведінки у мореплавців;

- √ психологічні особливості жінок, що страждають від безпліддя та інших порушень генеративної функції;

- √ стан згортальної системи при гострих психозах тощо.

Доповіді членів психіатричної секції СНТ схвально оцінювались не тільки на студентській науковій конференції Одеського державного медичного університету, але і завойовували призові місця на конференціях в інших навчальних закладах.

Висновки. 1. Основною метою роботи гуртка є більш глибоке засвоєння навчального матеріалу та ознайомлення студентів із новими, недостатньо освітленими навчальною програмою, напрямками та досягненнями сучасної психіатрії і психології.

2. Удосконалення студентів – майбутніх сімейних лікарів – у питаннях психодіагностики.

3. Практичне ознайомлення з основними психокорекційними техніками.

4. Консультування студентів, що пред’являють скарги фрустраційного характеру, визначення причин внутрішнього конфлікту, індивідуальна психокорекція.

Література

1. Михайлов Б.В., Гавриленко М.А. До питання про структуру особи лікарів-психіатрів // Форум психіатрії і психотерапії. – 2000. – Т. 2. – С.75-78.

2. Морозов В.М., Овсянников С.А. Дидактика последипломного обучения психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1996. – №3. – С. 88-89.

3. Практическая психология в тестах. – М.: Аст-пресс. – 1999. – 420с.

4. Stephen Curran & Peter C.W. Bowie. Преподавание психиатрии студентам медицинских учебных заведений // Обзор современной психиатрии. – 1998. – №1. – С. 102-106.

УДК 177.72

ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИКА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

М.І. Бобак

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

THE FORMATION OF PHYSICIAN'S PERSONALITY IN THE THIRD MILLENNIUM

M.I. Bobak

I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical Academy

Моральна культура є однією зі складових особистості і, відповідно, професійної культури. Професійна культура повинна займати одне з чільних місць в особистій культурі медичних працівників. Важливу роль у становленні професійної культури майбутніх медиків відіграють особистість викладача, його моральні якості. Тільки особистість може впливати на розвиток і визначення особистості. Виховання людини, в якій розвиток інтелекту органічно поєднується з моральним змістом, є проблемою сьогодення.

The article deals with the developing of professional culture of future physicians. Moral culture is one of the constituents of a personality and correspondingly professional culture. The teacher's personality is the significant aspect in the training of future physicians. Combining person's intellect and moral content is the urgent problem of education.

Вступ. Професійна підготовка медиків ХХІ сторіччя неможлива без професійної культури, яка, в свою чергу, потребує розвитку особистості: рівня загальної освіти, володіння іноземними мовами, загальної культури, вміння спілкуватися з різними категоріями людей.

Слово культура в перекладі з латинської мови означає “виховання, освіта, вдосконалення”. Суб'єктом культури, її носієм є і суспільство взагалі, і його структурні утворення: класи, нації, кожна людина. У всіх цих випадках культура виступає як якісна характеристика, як підвищення досконалості будь-якої сфери людської життєдіяльності і самої людини. Людина є суб'єктом та об'єктом культури. Специфіка культури полягає в тому, що вона розкриває якісний бік людської діяльності, показує, наскільки остання виступає реалізацією творчого потенціалу людини, наскільки ця діяльність відповідає визначеним вимогам та нормам.

Культура – це духовний потенціал особистості, який виявляється у її діяльності. Культура особистості – це поєднання внутрішньої та зовнішньої культури. Під внутрішньою культурою розуміють духовне багатство особистості, її знання, почуття, погляди, життєві ідеали, цілеспрямованість. Під зовнішньою культурою – міру та форму їх реалі-

зації у повсякденному житті, зовнішній вигляд, культуру спілкування.

Культура взагалі багатоелементна та багатогранна. Вона являє собою реалізацію сутності людини в усіх сферах життя: матеріальній, соціальній, психологічній, духовній.

Основна частина. Професійна культура медичних працівників тісно пов'язана з загальною культурою. Тому майбутнім медикам ХХІ сторіччя необхідно підвищувати рівень загальної культури, без якої неможлива культура професійна. Професійна культура медичних працівників пов'язана з моральною культурою суспільства. Вона є показником їхньої моральної зрілості, певним рівнем розвитку свідомості, в якому знаходять відображення моральні потреби суспільства. Професійна культура майбутнього медика повинна бути закладена сьогодні. Це завдання непросте, тому що специфіка морального виховання взагалі полягає в необхідності проводити його непомітно, без морального тиску на особистість, без повчання, без завчання моральних істин. Адже психологічний тиск на людину не призводить до бажаного результату, а навіть навпаки – викликає негативну реакцію. Важливу роль у становленні професійної культури майбутніх медиків має особистість викладача.

У вихованні, як стверджував К.Д. Ушинський, усе повинно ґрунтуватися на особистості вихователя:

© М.І. Бобак, 2002

“Жодні статуті і програми, жодний штучний організм закладу, як би ретельно він не був продуманий, не може замінити особистості у справі виховання. Тільки особистість може впливати на розвиток і визначення особистості, тільки характером можна утворити характер” [1]. Причини такого величезного впливу особистості викладача К.Д. Ушинський вбачав у самій природі людини. Людська природа є цілістю, в якій задатки і сили людини становлять єдність. Незважаючи на відмінності, ці задатки і сили тісно і глибоко пов’язані між собою “і тільки завдяки гармонії і рівновазі, що зберігаються ними при їх сумісній присутності у людському роді, вони і є для нього дійсно і повністю природовідповідними і сприяють формуванню людини” [2].

Видатний швейцарський гуманіст-просвітник Песталоцці виділяє в людській природі три сили, три первинні – розум, серце і руки, – які є фундаментом трьох життєвих сил: розумової, моральної і фізичної. Освіта головним своїм змістом повинна бути скерована на цілісне і гармонійне розумове, моральне виховання, одночасно з формуванням професійних навичок, необхідних для забезпечення потреб матеріального існування. Освіта повинна дати основу індивідуальним силам людини для формування розуму, виховання серця, для оволодіння людиною майстерністю і професією. У педагогічному спілкуванні, у формуванні поглядів, переконань студентів важливе значення мають моральні якості викладача. Це, насамперед, ставлення до праці, до підготовки фахівців, вимогливість до себе, до студентів, чуйне ставлення до людей, чесність, вміння спілкуватись, скромність.

Однією із значущих якостей викладача є його наукова ерудованість і підготовленість, тобто сфера наукових інтересів. З науковою підготовленістю тісно пов’язаний високий рівень загальної культури викладача. Виховна роль культури викладача взагалі та культури педагогічного спілкування зокрема визначається тим, що педагог – це етичний виразний зразок, який наслідують у житті. Якими є його знання, етичні та естетичні смаки, культура мислення, висловлювання, спілкування і поведінка, такими і є ступінь поваги його студентами.

В.О. Сухомлинський писав: “Я за те, щоб, вихо-

вуючи в людині вміння керувати своїми бажаннями, ми підвищували людину, а не принижували її. Підвищення людини – це ключ до її моральної серцевини, яку нам треба створювати” [3].

Професійна культура медика як складова загальної культури повинна характеризуватися певним рівнем та змістом моральних знань, почуттів, норм поведінки, звичок та навичок. Вона є одним із основних показників моральної зрілості особистості.

Моральні почуття людини – це її багатство. Але такими вони можуть стати тільки тоді, коли вони піддаються впливу культури, коли ними можна керувати. Культура цих почуттів безпосередньо відображає глибину морального виховання людини, її моральної культури. Низький рівень культури моральних почуттів – причина багатьох життєвих негараздів, а інколи й трагедій. Дуже часто ці обставини призводять до егоцентризму, створюють навколо людини атмосферу непорозуміння і пустоти. І навпаки – людина з розвинутою культурою почуттів – це людина, яку поважають, вона комунікабельна, з нею цікаво, комфортно, на неї рівняються, до її думки прислухаються.

Важливою формою виховання є самовиховання. Вплив морального виховання забезпечується тільки тоді, коли зовнішнє моральне діяння доповнюється внутрішньою активністю студента чи вихованця, його самовихованням, прагненням до високого морального порядку, розвитку у собі якостей, необхідних для повноцінного морального життя [5].

Висновки. Моральне виховання майбутніх медиків третього тисячоліття, підвищення їх професійної культури – один із головних напрямків виховної роботи, який містить у собі етичне, духовне виховання, формування стійких моральних переконань, моральних якостей та почуттів.

Сучасне суспільство – це суспільство грамотних і розвинутих людей, які зорієнтовані на кропітку і повсякденну продуктивну працю. Виховання цілісної людини, в якій розвиток інтелекту органічно поєднується з моральним змістом і підготовленістю до практичного життя, є нагальною потребою часу. Не може бути нормально організованим і щасливим суспільство, в якому низький рівень освіти.

Література

1. Ушинський К.Д. Человек как предмет воспитания. – М., 1960. – Т. 8. – С. 23.
2. Песталоцци И.Г. Лебединая песня // Избранные педагогические сочинения: В 2-х т. – М.: Педагогика, 1981. – С. 210 - 211.
3. Сухомлинський В.О. Про виховання. – К., 1987. – С. 37.

4. Боришевський М.І. Духовні цінності в становленні особистості громадянина // Педагогіка і психологія. – 1977. – № 1. – С. 142-148.

5. Бех І.Д. Цінності як ядро особистості // Цінності освіти і виховання: Наук. зб. – К.: АПН України, 1997. – С. 7 - 10.

УДК 614.231:177.7:57:61.001.5

ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ І ПРОБЛЕМА ГУМАНІЗМУ БІОЛОГІЧНИХ ТА МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРИМЕНТІВ

В.І. Півторак

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

THE DOCTOR'S PERSONALITY FORMING AND HUMANITY PROBLEM OF BIOLOGICAL AND MEDICAL EXPERIMENTS

V.I. Pivtorak

Vinnitsia State Medical University by M.I. Pyrohov

У статті розглянуто питання формування у студентів моральних понять, поглядів, переконань, виховання моральних почуттів, які виражають спрямованість духовного розвитку особистості. Аналізуються проблеми та їх вирішення на основі досвіду кафедр Вінницького державного медичного університету, що застосовують у навчальному процесі та наукових розробках експеримент. Показано, що у формуванні особистості лікаря, поряд із гуманним ставленням до тварин, важливим є розуміння студентом значення наукової проблеми, заради вирішення якої проводиться експеримент, характерні риси особистості вченого та неможливість застосування альтернативних способів дослідження.

The question of formation the students' moral concepts, views, con, education of moral sensation, which express person's spiritual development was shown in the article. The problems of experiment using in scientific findings and educational process and their solving, basing on Vinnitsia State Medical University faculties experience, are analyzed. It was shown that in doctor's personality formation are important: attitude with humanity to animals, necessity of scientific problems proving, characteristic features of scientist as a person and also alternative research ways impossibility.

Вступ. Процес державотворення в Україні, загальна демократизація і гуманізація суспільства потребують виховання підрастаючого покоління на перспективу. Згідно із загальними засадами педагогіки [1], перед педагогом стоять такі завдання морального виховання: формування моральних понять, поглядів, переконань; виховання моральних почуттів, які виражають спрямованість духовного розвитку особистості; вироблення навичок і звичок моральної поведінки, які б стали потребою і реалізовувались у будь-якій ситуації та умовах.

У пізнанні природи та підкоренні її могутніх сил людство зобов'язане тваринам. Актуальним питанням медичної деонтології є ставлення студента та викладача вищого медичного навчального закладу до об'єкта навчальної та наукової діяльності – до піддослідних тварин. Хронічний і гострий дослід на тваринах у вищому навчальному закладі (ВНЗ) необхідний для підготовки висококваліфікованих лікарів та наукових кадрів [2]. Це найбільш правильний шлях розкриття закономірностей фізіології та патології людини, важлива умова

прогресу медичних знань. Клод Бернар вважав, що лікар-експериментатор – це лікар майбутнього [3]. Великий фізіолог І.П. Павлов у 1899 році говорив: “Тільки пройшовши через вогонь експерименту, вся медицина стане тим, чим бути повинна...” [4]. Однак при неправильній постановці експерименту виникає небезпека притуплення гуманного ставлення до живої природи, що призводить іноді до невинуватої жорстокості та байдужості, до страждань беззахисних представників фауни. Питання етичного плану потребують ґрунтовного обговорення, оскільки студент медичного ВНЗ – в майбутньому представник найбільш гуманної професії. Останнім часом фахівців турбує проблема моральності у вихованні всебічно розвинутої особистості лікаря [5-7]. До етичних проблем, які актуальні для студентів-медиків, лікарів, наукових працівників, викладачів вузів, сьогодні приєднались моральні проблеми, що виникають у ході розвитку природознавства. Досить серйозно постала проблема негуманного, споживацького ставлення до природи в цілому і до тваринного світу зокрема.

Основна частина. У медичному ВНЗ викорис-

тання тварин для навчання студентів відбувається в трьох напрямках:

- демонстрація фізіологічних та патологічних процесів організму;
- оволодіння навиками та технологією оперативних втручань на різних органах і системах;
- проведення експериментального вивчення реакції організму тварини на дію певного препарату, оперативного втручання, створену модель хвороби та її лікування.

Демонстрація експериментів на тваринах на лекціях та практичних заняттях з біології, нормальної та патологічної фізіології, проведена з дотриманням деонтологічних принципів, показала студентам, що вищим тваринам, зокрема ссавцям, властиві не тільки реакції на рівні ситуації, але й досить складні психічні процеси, наприклад, узагальнення та встановлення причинно-наслідкових відносин. Ідея гуманізму експерименту притаманна кожній лекції, під час якої використовуються тварини для демонстрації фізіологічних та патологічних процесів організму.

Особливо раціональною формою оволодіння навиками є проведення експериментальних операцій. При належній підготовці заняття зі сторони студентів спостерігається деонтологічне ставлення до піддослідних тварин, сумлінне ставлення до виконання хірургічних маніпуляцій, захоплення експериментальною діяльністю та виконанням студентської наукової роботи. Проведення самостійно студентами оперативного втручання на експериментальних тваринах створює реальну ситуацію співпраці та взаємовідносин із колегами з операційної бригади, конкурентні відносини за краще оволодіння хірургічними прийомами.

Лише невелика частина студентства має можливість бути причетною до наукового експерименту. Це члени наукових гуртків кафедр університету, перед якими фахівці розкривають деякі наукові проблеми. Досвід роботи гуртка кафедри оперативної хірургії показав, що не всі студенти готові виконувати експеримент. Залишаються працювати в гуртку лише ті, хто, крім прагнення до наукового пізнання, бачить у піддослідному об'єкті турботи, відчуває відповідальність за його долю. Часто доводиться спостерігати, коли студенти залишаються на ніч після операції біля тварини, щоб доглядати за нею в післяопераційному періоді, вчасно знеболити уражений орган, підгодовують тварину. Студенти дуже сумують при загибелі тварини, яку вони оперували. З етичної точки зору, дот-

римування норм гуманного ставлення до тварин свідчить про високу моральність та професіоналізм дослідника, здатність до співчуття. Гуртківці є свідками того, як тварини, подібно людині, можуть відчувати задоволення та страждання, щастя та нещастя. Ч. Дарвін наголошував, що відносно розумових здібностей між людиною і вищими ссавцями не існує основних відмінностей. Він говорив, що тварини реагують на одні й ті ж збудження, як і ми. Цікаво, що чим детальніше студенти займаються доглядом за тваринами, тим більше число вчинків тварин вони приписують розуму і менше – інстинктам. Вони щиро сповідають принцип, що викликати страждання, в іншого створіння на користь людини або іншої тварини, аморально.

Всесвітня організація охорони здоров'я заснувала ряд центрів з охорони лабораторних тварин. Міжнародні рекомендації складені на основі таких пропозицій [8]:

- у принципі, використовувати тварини для наукових цілей небажано;
- за можливістю слід застосовувати методи, що не потребують використання тварин;
- при існуючому рівні знань використання тварин є неминучим;
- моральний обов'язок учених – гуманно ставитись до піддослідних тварин і постійно шукати способи отримання тих же результатів без залучення живих тварин.

Перед науковим керівником стоїть завдання ґрунтовно розглянути необхідність експерименту з точки зору його значення для прогресу науки, неможливості застосування замість його проведення математичних моделей, біологічних систем *in vitro* або інших альтернативних варіантів вирішення проблеми.

Експеримент не можна вважати етичним, якщо в його основі не лежить серйозна наукова проблема. В сучасній біології та медицині існує два основних напрямки досліджень. Перший – це поглиблення аналізу інтимних життєвих процесів на клітинному та молекулярному рівнях. Другий напрям вивчає закономірності функціонування цілісного організму, його взаємодію із зовнішнім середовищем та питання регулювання його функцій. Наукові проблеми двох напрямків на сучасному рівні значною мірою вирішуються шляхом математичного моделювання нормальних та патологічних змін функцій організму, штучного синтезу живих систем. “Прийде час, коли математичний аналіз, спираючись на природничо-нау-

ковий, охопить величними формулами рівнянь усі зрівноваження, включаючи в них, зрештою, і самого себе”, – писав І.П. Павлов ще в 1909 році [9]. Тому сьогодні проведення експериментального вивчення навіть досить серйозної проблеми повинно бути лише після ґрунтовного обстеження гіпотези експерименту з точки зору методів фізики, хімії, математики.

Важливе методологічне значення для розвитку науки як у часи І.П. Павлова, так і в наші дні має проблема наукового колективу та особистості вченого. Для студентів це особливо важливо, оскільки вони не мають достатніх можливостей визначення наукової цінності ідеї, мети експериментального дослідження. Вони повністю покладаються на свого наставника.

Анкетування студентів-членів гуртків кафедр, що займаються експериментом, аспірантів та магістрантів показало, що особистість вченого відіграла основну роль у прийнятті рішення вибору теми та методів дослідження наукової проблеми. В нашому університеті такими особистостями є відомі вчені: заслужений діяч науки і техніки України, проф. В.М. Мороз, заслужений діяч науки і техніки України, проф. Н.В. Братусь (каф. нормальної фізіології), заслужений діяч науки і техніки України, проф. О.О. Столярчук, проф. Г.І. Степанюк (каф. фармакології), проф. Г.В. Терентьєв, проф. Г.Я. Костюк (каф. оперативної хірургії та топографічної анатомії), проф. М.Б. Луцук, проф. О.О. Пентюк (каф. біохімії).

Аналіз анкет випускників університету (зі стажем 10-25 років) показав, що лікарі все життя пам'ятають ті хвилини, коли вони або їх колеги оперували тварину, як у групі обговорювали необхідність цієї операції, що вона дала для них, для науки. В анкетах лікарів відзначаються такі риси, як доброта, благородство, милосердя, співчуття, любов до тварин, що притаманні їх вчителям. Випускники гордяться визначними досягненнями вчених Alma-Mater. Проте згадують прикрі випадки, коли зустрічали недбальство при виконанні оперативного втручання, час не стер навіть почуття обурення за причинений товаришем біль тварині.

І тепер зустрічається зневажливе ставлення студентів до експерименту, до занять в операційній, навіть повне ігнорування ними. Досвід роботи у ВНЗ показує, що ефективним засобом для формування поглядів є дискусія з даного питання в групі або на кафедрі. Важливим елементом дискусії є викладач – авторитетна творча людина, яка по-

в'язана з діяльністю, що приносить користь суспільству. Така особистість вченого викликає в студента бажання наслідувати його, а сама експериментальна наукова діяльність усвідомлюється як моральне задоволення.

Фундаментальні праці вчених нашого університету – дослідження вищої нервової діяльності співробітниками кафедри нормальної фізіології; нові фармакологічні препарати, досліджені на кафедрі фармакології; нові оперативні втручання, технологія яких розроблена на кафедрі оперативної хірургії, молекулярне вивчення патогенезу багатьох захворювань співробітниками кафедри біохімії – вагомий внесок експерименту в науку. Експерименти детально сплановані, зведені до мінімуму незручності для тварин, при необхідності застосовуються сучасні знеболювальні речовини. Гуртківці кафедри оперативної хірургії вже багато років проводять експеримент лише після розгляду результатів математичного моделювання і вибору оптимального оперативного втручання для тварини.

Якщо студенти, спостерігаючи експеримент, помічають елементи жорстокості зі сторони експериментатора, то вважають це серйозним наслідком у роботі. Значна частина студентів примушує себе заглушити в собі відчуття жалості до тварин, що стали жертвою науки. Таке пригнічення добрих почуттів у студентів дуже небезпечно, воно породжує бездушне, байдуже ставлення до хворих, які в майбутньому будуть лікуватися у них.

Необхідно, щоб усі операційні та лабораторії, де проводяться навчальні та наукові експерименти на тваринах, були достатньо обладнані для проведення операції подібно до того, як на хворій людині. Потрібно прагнути полегшити післяопераційний період у тварини, щоб вона не страждала після проведеного експерименту, а догляд за нею теж повинен нагадувати догляд за післяопераційним хворим у клініці. Це важливо не тільки з деонтологічних міркувань, але й для достовірності фактів, заради яких ставиться науковий чи навчальний експеримент на тварині. Тому в університеті проведено комплекс заходів для забезпечення необхідних умов утримання експериментальних тварин.

Ні в якому разі непотрібно допускати байдужості щодо трупів тварин, які загинули заради науки, заради людини. Трупи тварин повинні знаходитись у відповідному приміщенні.

Первинне випробування нового фармакологічного препарату в клініці має характер експерименту. Іноді – це чистий експеримент. Питання визначен-

ня раціональності дослідження, підбору піддослідних, конфіденційності отриманих даних, відповідальності за нанесену шкоду сьогодні хвилюють фахівців [9]. На думку вчених, у питаннях випробування та впровадження нових лікувальних засобів відчувається пульс сучасності. Передусім, це різко збільшений потік нових фармакологічних засобів і, в зв'язку з цим, нові можливості для помилок та дефектів при впровадженні в практику. Крім підвищеного ризику, тут виникає ще одна внутрішня суперечність: іноді результати клінічного випробування важливі для науки, медичної практики в цілому, проте конкретній людині, що дала згоду на проведення експерименту з надією стати здоровою, ліки не допомагають [11]. Тому виникає ще одна етична вимога до клінічного експерименту: добре підготовлений клінічний експеримент повинен забезпечувати виконання однакових клінічних та науково-дослідних завдань при лікуванні кожного хворого.

Етично правильно організований і поставлений клінічний експеримент повинен охоплювати не тільки заходи щодо ліквідації чи максимального зниження ризику, висококомпетентний контроль за хворим, збіг клінічних та науково-дослідних завдань у ході клінічного випробування, але й адекватний рівень інформування хворого.

Таким чином, формування особистості відбувається під впливом соціальних та психологічних установок: потреб, інтересів, принципів, позицій, особливостей емоційної сфери, ціннісних орієнтацій. На сьогоднішній день, за матеріалами анкетування студентів [7], найбільш вагомими якостями, що

формують особистість лікаря, є гуманізм, професійність, працьовитість, відповідальність, організованість, управлінські якості, комунікабельність, ініціативність, винахідливість, привабливість, інтелігентність, переконливість, доброзичливість. Сама лікарська діяльність потребує виховання таких якостей, як талант доброти, потреби в служінні людям – радість самовіддачі. Гуманізм студенти називають першим і найважливішим. В основі світосприймання людей повинно бути не підкорення природи, а співробітництво з нею, людина – не господар, а частина природи.

У процесі навчання в університеті на основі ставлення вчених до тварин, значимості проведених ними експериментів, ставлення до хворих та колег у студентів формується доброта та співчуття до хворих.

Висновки. У вихованні особистості лікаря одним із основних факторів є виховання гуманного ставлення до тварин, що формує у майбутніх спеціалістів благородні загальнолюдські якості: любов до людей, добродушність, готовність завжди прийти на допомогу.

Експеримент може бути проведений лише при виконанні належних умов утримання, догляду і спеціальної підготовки тварин.

Перед науковим керівником студента стоїть завдання ґрунтовно розглянути необхідність експерименту з точки зору його значення для прогресу науки, неможливості застосування замість його проведення математичних моделей, біологічних систем *in vitro* або інших альтернативних варіантів вирішення проблеми.

Література

1. Фіцула М.М. Педагогіка: Навчальний посібник для студентів педагогічних закладів освіти. – К.: Видавничий центр “Академія”, 2000. – 554 с.
2. Мисула І.Р. Оптимізація навчально-виховного процесу в Тернопільській медичній академії в умовах сьогодення // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 44-47.
3. Бернар К. Лекции по экспериментальной патологии: Пер. с франц. – М. – Л.: Биомедгиз, 1937. – 512 с.
4. Павлов И.П. Полн. собр. соч. – М.-Л.: Изд. АН СССР, 1951. – Т. 2, кн. 2. – С. 279.
5. Ковальчук Л.Я., Бігуняк В.В., Мисула І.Р. і ін. Акція “милосердя” і проблема формування професійних навичок у студентів VI курсу // Медична освіта. – 2000. – № 3. – С. 12-15.
6. Циганенко А.Я., Алексєнко А.П. Духовність як ос-

новний принцип підготовки сімейного лікаря // Медична освіта. – 2000. – № 3. – С. 25-28.

7. Науменко Л.Ю., Родіонова В.В., Шпонька І.С. Формування всебічно розвинутої особистості лікаря в сучасних умовах // Медична освіта. – 2000. – № 3. – С. 39-42.

8. Белоусов О.С., Бочков Н.П., Бунятян А.А. Деонтология в медицине: Общая деонтология / Под ред. Б.В. Петровского. – М.: Медицина, 1988. – Т.1. – 352 с.

9. Павлов И.П. Полн. собр. соч. – М.-Л.: Изд. АН СССР, 1951. – Т. 3, кн. 1. – С. 25.

10. Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Этические принципы проведения клинических исследований // Украинський медичний часопис. – 2001. – № 5 (25). – С. 66-80.

11. Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. – М.: Медицина, 1989. – 208 с.

УДК 614.885 (477)

УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРІ В НАЦІОНАЛЬНО-ВИЗВОЛЬНИХ ЗМАГАННЯХ 40-50 РР. (ДО ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІЗАТОРІВ МЕРЕЖІ ВИШКОЛІВ ПІДПІЛЬНОГО УКРАЇНСЬКОГО ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА (УЧХ) В УПА)

В.З. Ухач

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

UKRAINIAN DOCTORS IN NATIONAL STRUGGLE IN THE 40-50 S OF THE XX CENTURY (CONCERNING THE PROBLEM OF THE ORGANIZATORS ACTIVITY OF THE EDUCATIONAL UNIT OF THE ILLEGAL UKRAINIAN RED CROSS (URC) IN UPA

V.Z. Uhach

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

У статті висвітлена робота медико-санітарної служби Української Повстанської Армії (УПА), діяльність в її мережі Українського Червоного Хреста (УЧХ). Розкрита сподвижницька праця українських патріотів, лікарів за фахом.

This articles deals with the work of medical service of Ukrainian Povstancha Army (UPA), the activity of Ukrainian Red Cross (URC) within it. The devoted work of doctors, Ukrainian patriots, is described.

Вступ. Розуміючи, що чітка діяльність медико-санітарної служби великою мірою впливає на моральний стан війська, командування УПА, з одного боку, намагалося будувати структуру так, аби вона якнайкраще відповідала тим важким умовам, у яких доводилося працювати повстанцям, з іншого, знайти патріотів-фахівців медичної справи, які змогли б налагодити роботу.

Основна частина. Про діяльність Катерини Зарицької в 1944-1947 роках та її наступниці Галини Дидик і про практикуючих лікарів – тих, що організували і здійснювали роботу підпільного УЧХ, крім невеликої кількості довірених осіб, ніхто не знав. Збереглися скупі відомості у спогадах учасників визвольних змагань, і відтворити сьогодні цілісну картину створення мережі вишколів досить важко. В умовах німецької окупації, а згодом російської, все було за-конспіровано, а пізніше сама згадка про боротьбу УПА загрожувала цілій родині в'язницею або депортацією.

Залишились живими переважно ті учасники, які мали змогу емігрувати, ті, що були в ССРСР, або згинули, або засуджені й відбували кару в концтаборах, порозкиданих на північних просторах імперії.

Пропонуємо фрагментарні нариси, які хоч приблизно відтворюють ту величезну працю, проведену Катериною Зарицькою для створення пунктів вишколу лікарів і медсестер чи санітарів. Не забуваймо, що доводилось долати кілометри засніжених або розмитих болотами доріг, переодягатись у сільський одяг, пережити облави і фізичні знущання. Потрібний був гарт і залізна витримка, бо на кожній стежці могли з'явитися гестапівці або енкаведисти. Крім того, мусило бути високе почуття відповідальності за тих молоденьких недовідчених лікарів (переважно студентів) і санітарок, яких Катерина Зарицька після вишколів розподіляла в різні пункти мережі підпільного УЧХ.

Студентів вишколювали на хірургів, бо ця спеціальність була найважливішою в умовах визвольних змагань. Забезпечення військових загонів лікарями було організовано зі студентів-медиків старших курсів, які проходили вишкіл на Бережанщині під керівництвом досвідчених лікарів Софрона та Яромира Олесницького, який у 1932 році вчився у Львівському університеті на медичному відділі. У 1939 році виїжджав до Кракова, а 1941 року повернувся на посаду асистента хірургічного відділу. В 1944 році проходив військовий хірургічний вишкіл у

© В.З. Ухач, 2002

Відні. У Дивізії під Бродами був поранений у коліно, перейшов в УПА під псевдом “Ярий”.

У Труханові (Сколівщина) керівником вишколу був “Юрко” (Олександр Давиденко), терапевт і психіатр з Полтавщини, колишній підполковник советської армії, прізвище якого довго залишалось невідомим. Василь Грапас-Ониськів – учень Романа Осінчука та Василя Келемана – там читав лекції з 1944 до 1945 років.

Разом з “Шуваром” і “Мелодією” “Юрко” організував мережу підпільного УЧХ в Карпатах, здобув славу талановитого організатора, видатного хірурга. “Юрко” і “Шувар” (Євген Лужецький) – співавтори відомого “Санітарного конспекту”, а “Мелодія” (Богдан Крук) написав працю “УЧХ в сучасних визвольних змаганнях” [1].

Ірина Козак (1919-1942), заступник Катерини Зарицької з організації вишколів на Львівщині, підбирала санітарів і медсестер, проводила виховну та ідеологічну роботу з дівчатками, передавала їх під професійну опіку Ліни Скремети, кваліфікованої медсестри, яка працювала у лікарні в Ходорові. Директор лікарні Олександр Білинський знав про вишкіл санітарів для УПА. Все проходило в суворій конспірації, і тепер, коли Л.Скремети і О.Білинського немає серед живих, неможливо відтворити кількість фахово підготовлених лікарів і санітарок. У літературі знайдено окремі згадки тих, хто в Ходорові проходив навчання. Серед них були: Володимир Манюк (1921-1987); Наталка Косарчин, яка після вишколу організувала аптеку і забезпечила її всіма медикаментами; Олена Лебедович-Кліш (“Звенислава”, “Заграва”), у 1944-1945 роках працювала в підпільному УЧХ в Любачівщині, де організувала курси та підпільний шпиталік, у 1945 році перейшла з підвідділом “Крука” на територію УРСР з метою проводити санітарні курси в околицях Жовкви. 16 вересня 1947 року схоплена непритомною в бункері Петра Федоріва (“Дальнича”) і засуджена на 15 років. У 1955 році звільнена, в 1969 році виїхала до США, померла в Чикаго 1988 року.

В околицях Балигороду (Лемківщина) проводився вишкіл медсестер. У Дверниках його очолював Остап Волинець (“Гуцул”), на Буковому Бедрі санітарний курс вела досвідчена медсестра, прізвище якої невідоме [2].

На Волині відбувався вищий центральний медичний курс. Із записів сотника УПА Б. Кіновського дізнаємося, що курсанток було більше сотні, всі освічені. Загальний нагляд над шпиталем мав “Еней”,

а керівником курсу була “Уляна” (згодом дружина “Соловья”). Медсестринських і санітарних курсів на Поліссі було декілька. Взимку 1943-1944 років Головне командування УПА перенесло вишкіл з Волині в Карпатські ліси, недалеко міста Сколе. Поблизу села Рожанки Вижньої, на старшинських курсах викладачем (і одночасно курінним лікарем) був В. Максимович (справжнє прізвище Самуель Нойман), з ним весь час перебувала його мати. У жовтні 1944 року всі були оточені більшовиками, керівництво загинуло, а Нойман з мамою вирвалися з оточення, зустріли професора Форостину і редактора Едварда Козака, які допомогли йому з хворою мамою влаштуватись у Лавочному. Правдоподібно, лікар Нойман загинув у Чорному Лісі в липні 1945 року під час більшовицької засідки [3].

Очевидно, в багатьох місцях проводився вишкіл студентів-медиків і санітарів, але про це відомості досить скупі, немає документів, а живі свідки з огляду на репресії мовчали понад 50 років. На курсах для фармацевтів викладали предмет “Лікувальні зела”, звертали увагу на методи збору рослин, сушіння, зберігання і застосування. Крім фахової медичної праці, лікарі готували кадри, які б займалися інспекцією санітарних пунктів та адміністрацією мережі УЧХ. У міру потреби вони мандрували різними теренами як консультанти або хірурги. Коли закінчувались вишколи лікарів, Катерина Харицька їздила разом з Іриною Козак забирати підготовлених фахівців для розподілу їх у теренах.

Після арешту Катерини Зарицької (1947) керувала всією організацією підпільного УЧХ Галина Дидик (псевдо “Анна”, народилась 1912 року в с.Шибалин на Бережанщині, померла 1979 року на Черкащині), була також зв’язковою до Проводу українського підпілля в Україні. Вона організувала підпільну систему УЧХ на Тернопільщині, сама опікувалась хворими і пораненими вояками УПА.

У 1961 році вийшов новий кримінальний кодекс, яким скасовано 25-річний термін ув’язнення, але Галини Дидик, Катерини Зарицької, Одарки Гусак він не стосувався. У 1969 році їх трьох з тюрми перевезли до табору суворого режиму в Мордовію. Звідси по довгих роках ув’язнення (всі відсиділи по 25 років) вони вийшли на волю. У рідні місця повернутися не могли, бо не дозволяли. Г. Дидик поселилася на Черкащині, К. Зарицька разом з О. Гусак поселилися у малій хатині у м. Волочиську.

Висновок. Життєвий шлях цих людей – подвиг. Для сучасних поколінь українських лікарів місця,

де навіки спочили медики-герої, лікарі-мученики за волю України, повинні бути святиною, до якої

потрібно приходити на прощу, на відпуст, задля духовного очищення [4].

Література

1. Служинська З., Шашков Ю. Катерина Зарицька – організатор мережі вишколів підпільного Українського Червоного хреста (УЧХ) // *Визвольний шлях*. – 1995. – № 4. – С. 55-57.
2. Там же. – С. 58-59.

3. Літопис Української Повстанської Армії. – Львів, 1999. – Т. 23; Медична опіка в УПА. – С. 385-386.
4. Ухач В. Медична служба УПА у визвольних змаганнях 40-50-х років // *Медична академія*. – 2000. – 31 жовтня.

УДК 616.33/:342 – 091-092-02: (613.632:546.76)

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ, ЯКІ КОНТАКТУЮТЬ ІЗ СПОЛУКАМИ ХРОМУ

В.Д. Стефанюк, Ю.О. Поспішіль, І.В. Тихоненко

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

TREATMENT OF PATIENTS WITH ULCER DISEASE CONTACTING WITH CHROME COMBINATIONS

V.D. Stefaniuk, Yu.O. Pospishil, I.V. Tikhonenko

Lviv State Medical University by Danylo Haltsky

Запропонований спосіб лікування хворих на виразкову хворобу з ознаками хронічної інтоксикації хромом із використанням антидотної терапії, антиоксиданту й ентеросорбції є більш ефективним порівняно з лікуванням за загальноприйнятою методикою.

The offered method of treatment of ulcer disease with signs of chronic intoxication by chrome with application of antidote therapy, antioxidant and enterosorption is more effective as compared with traditional methods.

Вступ. Лікування хронічної інтоксикації хромом (ХІХ) здійснюється за загальними принципами терапії тих синдромів, які домінують у клінічній картині інтоксикації [1]. У клініці для лікування ХІХ запропонований унітіол [5], вітамін С, цистамін, цистеїн, глутатіон, пеніциламін [6], етилендіамінотетраоцтова кислота [7], ендоназальний електрофорез унітіолу [3], DL-пеніциламін [4] та ін.

Основна частина. Вивчена ефективність комплексного лікування за загальноприйнятою методикою у 22 хворих на виразкову хворобу (ВХ), які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній клінічній лікарні. Усі хворі впродовж 21 дня отримували комплексне лікування, яке включало: ліжковий режим; дієту (стіл № 1 за Певзнером); ранітидин – 0,15 по 1 таблетці два рази на день зранку й увечері; трихопол – 0,25 по 1 таблетці три рази на день після їжі, сім днів; складні шлункові порошки – по 1 порошку три рази на день після їжі; атропіну сульфат – 0,1 % розчин по 1,0 мл внутрішньом'язово, 10 днів; тетрациклін – 0,25 по 1 таблетці чотири рази на день після їжі, 6-10 днів; полівітаміни. Серед обстежених чоловіків було 18, жінок – 4. Вік хворих становив від 26 до 60 років. Професійний стаж роботи у контакті із сполуками хрому у всіх перевищував 10 років.

Обґрунтування діагнозу ВХ проводили з урахуванням скарг, клінічних даних, результатів рентге-

носкопії шлунково-кишкового каналу, езофагогастроуденофіброскопії з прицільними біопсіями з наступним гістологічним та електронномікроскопічним дослідженням біоптатів, фракційного дослідження шлункового соку, радіонуклідної гастродуоденографії, атомно-абсорбційної спектрофотометрії, вивчення стану оксидантної та загальної антиоксидантної активності крові.

Серед обстежених у восьми випадках діагностовано ВХ із локалізацією в цибуліні дванадцятипалої кишки (ДПК) у фазі стихаючого загострення, а в 14 випадках – у фазі неповної ремісії. Оцінка фаз ВХ проводилася нами за сукупністю клініко-ендоскопічних даних.

Результати впливу курсового комплексного лікування хворих на ВХ за загальноприйнятою методикою на динаміку симптомів подані в табл. 1. Больовий синдром на десятий день лікування зменшився лише у чотирьох (21,0%) і залишився без змін у 15 (78,9%) хворих, а на 21-й день лікування зник лише у восьми (42,1%) і зменшився в 11 (58,0%) хворих. Диспепсичний синдром на 21-й день лікування зменшився й зник приблизно у 50,0% хворих.

Результати визначення хрому в біологічних середовищах організму хворих на ВХ до і після лікування за загальноприйнятою методикою подані в табл. 2. За результатами досліджень статистично значущих відмінностей у показниках концентрації хрому в біологічних середовищах організму після лікування не простежується.

© В.Д. Стефанюк, Ю.О. Поспішіль, І.В. Тихоненко, 2002

Таблиця 1. Вплив курсового комплексного лікування хворих на виразкову хворобу за загальноприйнятою методикою на динаміку симптомів

Симптоми	К-сть хворих	До 10-го дня лікування				21-й день лікування			
		Зникнення	Зменшення	Без змін	Підсилення	Зникнення	Зменшення	Без змін	Підсилення
Біль в епігастрію	19	-	4	15	-	8	11	-	-
Важкість в епігастрію	3	-	2	1	-	1	2	-	-
Печія	13	-	4	9	-	6	7	-	-
Відрижка:									
кислим	10	-	4	6	-	4	6	-	-
повітрям	2	-	1	1	-	1	-	1	-
їжею	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Бльовання	2	-	2	-	-	2	-	-	-
Нудота	6	2	1	3	-	3	3	-	-
Гіркота в роті	4	-	3	1	-	1	3	-	-
Сухість у роті	3	-	1	2	-	2	1	-	-
Поганий апетит	11	-	-	11	-	-	2	6	3
Метеоризм	7	-	-	7	-	-	5	2	-
Бурчання в животі	1	-	-	1	-	1	-	-	-
Прони	4	-	-	4	-	-	4	-	-
Закрепи	6	-	-	6	-	1	5	-	-
Обкладений язик	22	-	1	21	-	5	15	1	-
Біль в епігастрію при пальпації	22	-	7	15	-	8	13	1	-
Позитивний симптом Менделя	22	-	4	18	-	11	11	-	-

Таблиця 2. Концентрація хрому в біологічних середовищах організму до і після лікування за загальноприйнятою методикою

Біологічні середовища організму	До лікування		Після лікування		P
	n	M ± m	n	M ± m	
Кров	22	23,2±13,3	22	23,3±13,2	> 0,05
Сеча	22	39,1±16,4	22	39,0±15,8	> 0,05
Шлунковий сік	22	33,4±4,7	22	32,5±3,7	> 0,05

У цій же групі хворих проведено дослідження оксидантної системи організму та загальної антиоксидантної активності (АОА). Результати досліджень подані в табл. 3.

Виходячи з результатів досліджень, у хворих на ВХ, які контактують із хромом та його сполуками і які отримували лікування за загальноприйнятою методикою, статистично значущих відмінностей у показниках оксидантної системи організму та загальної АОА після проведеного лікування не простежується.

Вивчена ефективність курсового комплексного лікування у 37 хворих на ВХ із локалізацією в цибуліні ДПК, що перебували на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній клінічній лікарні, які мали контакт із хромом та його сполуками, за за-

пропонованою нами методикою. Серед обстежених чоловіків було 16, жінок – 21, вік – від 30 до 60 років. У всіх професійний стаж роботи в контакті з хромом та його сполуками перевищував 10 років.

Суть нашої методики полягає в тому, що всі хворі впродовж 21 дня отримували комплексне лікування, яке включало дієтхарчування, складні шлункові порошки (по одному порошку три рази на день до їди), ранітидин – 0,15 по одній таблетці два рази на день зранку й увечері, як антидотний засіб – тіосульфат натрію – 30,0% розчин внутрішньовенно один раз на добу, упродовж 10 днів, як антиоксидант – аскорбінову кислоту 5,0% розчин по 3,0-5,0 мл два рази на день, курсом 10 днів, як ентеросорбент – ентеросгель по 14,0-17,0 г три рази на день за 1,5 год до їди, упродовж 10 днів [2]. Результати

визначення концентрації хрому в біологічних середовищах організму хворих на ВХ до і після ліку-

вання за запропонованою нами методикою подані в табл. 4.

Таблиця 3. Стан оксидантної системи організму та загальної антиоксидантної активності у хворих на виразкову хворобу

Показники активності	До лікування		Після лікування		P
	n	M ± m	n	M ± m	
Концентрація малонового діальдегіду, мкМ/мл	22	174,5±7,8	22	159,8±4,8	> 0,05
Концентрація вітаміну С у сироватці крові, мкг/л	22	4,4±0,4	22	5,0±0,6	> 0,05

Таблиця 4. Концентрація хрому в біологічних середовищах організму до і після лікування за запропонованою нами методикою

Біологічні середовища організму	До лікування		Після лікування		P
	n	M ± m	n	M ± m	
Кров	37	23,2±13,3	37	29,7±12,5	> 0,05
Сеча	37	39,1±16,4	37	24,3±10,8 x	< 0,01
Шлунковий сік	37	33,4±4,7	37	19,0±3,7 x	< 0,01

Примітка. X – статистично значущі відмінності від показників контрольної групи.

Враховуючи наведені дані досліджень, можна констатувати, що застосування в комплексному лікуванні хворих на ВХ тіосульфату натрію, аскорбінової кислоти й ентеросорбенту сприяє виведенню хрому з депо організму, про що свідчить деяке підвищення його концентрації у крові й одночасне статистично достовірне зменшення його концентрації у сечі та шлунковому вмісті.

Результати вивчення стану оксидантної та антиоксидантної систем організму як до, так і після комплексного лікування за запропонованою методикою подані в таблиці 5.

Виходячи з наведених даних, можна констатувати факт, що комплексне лікування хворих на ВХ за запропонованою нами методикою сприяє статистично

достовірному пригніченню оксидантної системи організму та різкій активації загальної АОА.

Результати впливу комплексного лікування за запропонованою нами методикою на динаміку симптомів у хворих на виразкову хворобу подані в табл. 6.

Наведені результати, без сумніву, вказують на беззаперечну ефективність запропонованої нами методики лікування хворих на ВХ, порівняно із загальноприйнятою. Так, больовий синдром до десятого дня лікування зник у 17 (50%), а зменшився – у 13 (38,2%) хворих, на 21-й день лікування зник у 30 (88,2%) і зменшився у 4 (11,8%) хворих. Печія зникла після проведеного лікування у 22 (88,0%), відрижка – у 32 (100,0%), блювання – у 6 (100,0%), нудота – у 26 (100,0%) хворих.

Таблиця 5. Стан оксидантної та антиоксидантної систем організму у хворих на виразкову хворобу до і після лікування за запропонованою нами методикою

Показники активності	До лікування		Після лікування		P
	n	M ± m	n	M ± m	
Концентрація малонового діальдегіду, мкМ/мл	37	174,5±7,8	37	93,0±4,7 x	> 0,001
Концентрація вітаміну С у сироватці крові, мкг/л	37	4,4±0,4	37	19,0±1,2 x	> 0,001

Примітка. P – статистично значущі відмінності від показників контрольної групи.

Таблиця 6. Вплив комплексного лікування за запропонованою нами методикою на динаміку симптомів у хворих на виразкову хворобу

Симптоми	К-сть хворих	До 10-го дня лікування				21-й день лікування			
		Зникнення	Зменшення	Без змін	Підсилення	Зникнення	Зменшення	Без змін	Підсилення
Біль в епігастрію	34	17	13	4	-	30	4	-	-
Важкість в епігастрію	3	-	2	1	-	3	-	-	-
Печія	25	13	12	-	-	22	3	-	-
Відрижка:									
кислим	11	6	5	-	-	10	1	-	-
повітрям	13	8	4	1	-	13	-	-	-
їжею	9	7	2	-	-	9	-	-	-
Блювання	6	6	-	-	-	6	-	-	-
Нудота	26	20	6	-	-	26	-	-	-
Гіркота в роті	10	7	3	-	-	10	-	-	-
Сухість у роті	5	4	1	-	-	5	-	-	-
Поганий апетит	4	-	-	1	3	-	-	-	4
Метеоризм	24	20	4	-	-	24	-	-	-
Бурчання в животі	8	6	2	-	-	8	-	-	-
Поноси	8	6	2	-	-	8	-	-	-
Закрепи	19	10	9	-	-	14	5	-	-
Обкладений язик	36	18	10	8	-	36	-5	-	-
Біль в епігастрію при пальпації	34	28	4	2	-	33	1	-	-
Позитивний симптом Менделя	34	24	-	-	-	34	-	-	-

Висновки. 1. Застосування запропонованої методики лікування хворих на ВХ, які мають контакт із сполуками хрому, сприяє виведенню хрому з депо організму, про що свідчить підвищення його концентрації у крові і одночасно статистично достовірне зменшення його концентрації у сечі та шлунковому вмісті.

2. В основній групі хворих значно краща динаміка клінічних синдромів після проведеного лікування, спостерігалось статистично достовірне пригнічення активності оксидантної системи організму та різка активація загальної антиоксидантної активності.

3. Комплексне лікування хворих на ВХ за запропонованою методикою, безумовно, є більш ефективним.

Література

1. Справочник по профессиональной патологии / Под ред. Л.Н. Грацианской, В.Е. Ковшило. – Л.: Медицина, 1981. – С. 340-341.

2. Пат. 23538 Україна, МКУ6 А 61 К 33/00; А 61 к 31/00. Спосіб лікування виразкової хвороби у хворих із хронічною хромовою інтоксикацією / В.Д. Стефанюк (Україна); №97062907; Заявл. 19.06.97, опубл. 31.08.98, бюл. №4.

3. Яковлев Н.А., Слесарь Т.А., Залевский Л.К. Применение эндоназального электрофореза унитиола для лечения больных с ранними проявлениями хронической хромовой интоксикации // Гигиена труда и профессиональные заболевания. – 1985. – №2. – С. 13-16.

4. Alcedo J.A., Wetterhahn K.E. Chromium toxicity and carcinogenesis // Int. Rev. Exp. Pathol. – 1990. – Vol. 31. – P. 85-108.

5. Analyses of chromium and nickel in human pulmonary tissue / J. Raithel, K.H. Schaller, L.A. Akslen et al. // Int. Arch. occup. environm. Hlth. – 1989. – Vol. 61, №8. – P. 507-512.

6. Appenroth D., Friedrich M. Contribution to the mechanism of chromate reduction in renal tissue with respect to nephrotoxicity: 3rd Int. Symp. "Chelat. Agents Pharmacol., Toxicol. And Ther.: Sattell. Symp. 11th Int. Congr. Pharmacol. Plzen, July 10th - 12th, 1990. – №62. – P. 181-183.

7. Rana S.V.S. Protection against heavy metal toxicity in rats by EDTA // Plzen. Jek. sb. – 1985. – №49. – P. 67-70.

УДК 616.89-008.441.13

ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

С.В. Білоус

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF ALCOHOLIC DEPENDENCE EARLY DIAGNOSIS

S.V. Bilous

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

Вивчено і узагальнено основні прояви хронічної алкогольної інтоксикації. Акцентовано увагу інтерністів на особливостях сомато-неврологічних стигм тривалої алкоголізації. Вчасна діагностика наркологічної патології лікарями-інтерністами сприятиме ефективнішому лікуванню та дієвішій вторинній профілактиці.

Some main signs of chronic alcoholic intoxication were studied and ascertained. Internists concentrated their attention on the peculiarities of somatoneurologic stigmata of protracted alcoholization. The role of early diagnosis of narcologic pathology by doctors-internists in effective treating such patients and secondary prophylaxis were noted as well.

Вступ. Однією з особливостей сучасного патоморфозу алкоголізму є швидка трансформація побутового пияцтва в другу стадію алкоголізму [1,2], а тому в поле зору наркологів хворі потрапляють із сформованою хворобою. Діагностику початкових форм захворювання з достатньою ефективністю можуть проводити лікарі-інтерністи, до яких потагори звертаються з приводу сомато-неврологічних захворювань [3,4]. А тому для лікарів будь-якого профілю необхідно знати ранні прояви алкогольної залежності.

Основна частина. Щодо наркологічної настороженості важливу роль відіграє збір алкогольного анамнезу за даними членів сім'ї, співробітників, сусідів, відвідувачів тощо. Велике значення має правильно проведена розмова лікаря з хворим. При цьому не бажано прямо питати про зв'язки проявів хвороби з алкогольними ексцесами, частоту і кількість вживання алкоголю. Це пов'язано з тим, що хворі, а часто і їх родичі, у розмові з лікарем намагаються приховати достовірний алкогольний анамнез. Краще у розпалі розмови, ніби ненавмисне, поцікавитись, чи не позначається вживання кількох чарок спиртного напою під час відзначення свят на інтенсивності хворобливих явищ чи загальному самопочутті. Припинення болю чи значне покращання стану з високим ступенем вірогід-

ності свідчать про те, що хворий вже систематично вживає спиртні напої і потребує кваліфікованої консультації психіатра-нарколога. Доречно ненастирливо з'ясувати, як впливає вживання спиртного напою на апетит. На етапі побутового пияцтва і на початку першої стадії алкоголізму апетит посилюється, а в кінці першої і в другій стадії – знижується. Якщо при нагадуванні про алкоголь хворий робить ковтальні рухи, на обличчі з'являється короткочасний вираз радісного поживлення чи збудження, це повинно насторожити лікаря щодо наявності у хворого психічного потягу до алкоголю, тобто формування першої стадії алкоголізму. При цьому рекомендується посадити хворого так, щоб бачити ліву, малоконтрольовану волею пацієнта "емоційну" половину обличчя.

Необхідно пам'ятати, що хворі на алкоголізм I та II стадії люблять гостру їжу і погано переносять молочні страви. При спостереженні за ними в стаціонарі нерідко можна зауважити, що вони неохоче і навіть з відразою вживають дієтичну їжу. При госпіталізації, в умовах депривації алкоголю, у хворих, як правило, розвиваються явища астенизації центральної нервової системи – загальна слабкість, втрата інтересу до навколишнього середовища, пригнічений настрій, поганий сон та апетит. Однак досить швидко ознаки абстиненції й астенизації ЦНС зменшуються. З'являється інтерес до оточуючих, хворі заводять нові знайомства,

відвідують бібліотеку, цікавляться телевізійними передачами. Об'єктивним критерієм нівелювання абстиненції є різке підвищення апетиту. Вони їдять проміжками між визначеними прийомами їжі та вночі, причому вживають, при можливості, багато жирного м'яса, сала, а також цибулю, часник, соління. У цей час хворі багато сплять. Протягом 3-4 тижнів вони набирають 2-4 кг, маси тіла.

Однією з характерних ознак систематичного вживання спиртних напоїв є маніфестація клінічних проявів супровідних сомато-неврологічних захворювань (загострення хронічного тонзиліту, бронхіту, гастриту, радикуліту тощо), які не проявлялись до лікування, тобто за умови вільного доступу до спиртного. Ця ознака характерна для другої стадії алкоголізму. В таких випадках звертає на себе увагу дисоціація між покращанням сну, апетиту та вітального тону, з одного боку, і зовні ніби немотивованою появою супровідної патології, з іншого.

Як правило, такі хворі з соматичною патологією відносяться до категорії "лінивих", а тип їхнього реагування на хворобу, здебільшого, буває анозогнозичним. Вони або заперечують у себе наявність захворювання, або не вважають його серйозним. Призначені ліки такі хворі приймають від випадку до випадку, після багаторазових нагадувань. Вони практично не дотримуються рекомендованого режиму і дієти, не виконують нічого, що потребує найменших зусиль волі або зусиль, пов'язаних із

відмовою від звичок, а тому схильні до вживання спиртних напоїв навіть під час перебування на стаціонарному лікуванні. Якщо у відділенні вже знаходяться хворі на алкоголізм, то з першого дня вони зближаються і вимагають переведення в одну палату.

Важливе значення в діагностиці алкоголізму має вміння розпізнати характерні стигми хронічної алкогольної інтоксикації при огляді та загальноприйнятому обстеженні хворого: неохайний вигляд, набряклість обличчя, тремор повік, пальців рук, язика, "мішки" під очима, розширення судин носа та щік, гіперпігментація шкіри відкритих частин тіла, схильність до транзиторного підвищення артеріального тиску, тахікардія, стійкий червоний дермографізм, атрофія м'язів стопи, внаслідок ослаблення тону м'язів обличчя утруднюється посмішка. Знижуються корнеальний, кон'юнктивальний і надбрівний рефлекс, порушується вібраційна чутливість у ділянці обличчя, з'являється сухість, лущення та гіпергідроз шкіри чола та щік. Доволі часто виявляється гіпергідроз дистальних відділів кінцівок – дрібні блискучі краплини поту на шкірі долонь і пальців (феномен роси). Особливе діагностичне значення має наявність у хворого перерахованих ознак у тому випадку, якщо вони поєднуються з виявленою в анамнезі соціально-професійною деградацією.

Висновок. Знання вищенаведених проявів алкогольної залежності сприятиме ранній діагностиці хвороби, а отже – і ефективному лікуванню.

Література

1. Куприенко И.В. Место запойного пьянства в клинике алкоголизма // Актуальные вопросы наркологии. – Харьков, 1998. – С. 38-390.
2. Чайка С.В., Слабунов О.С. К вопросу о патоморфозе хронического алкоголизма // Актуальные вопросы наркологии. – Харьков, 1998. – С. 68-70.

3. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. – М.: Медицина, 1987. – 334 с.
4. Фридман Л.С., Флемина Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. Пер. с англ. – М.: С.Пб.: «Издательство БИНОМ» – «Невский диалект», 1998. – 318 с.